



Universiteit Utrecht

“Samen voor Sectorontwikkeling”

Lerende evaluatie kwaliteitskader gehandicaptenzorg (kkghz)
Oktober 2021

COLOFON

Titel: "Samen voor Sectorontwikkeling"

Auteurs: dr. Marie-Jeanne Schiffelers, dr. Marlot Kuiper,
drs. Martijn van der Spek

Studentassistent: Julie Keunen BSc

Opdrachtgever: Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland

Utrecht, 15 oktober 2021

Management- samenleving

De gehandicaptenzorg spant zich al decennialang in voor kwaliteitsverbetering en verantwoording. Waar eerst nog de nadruk lag op telinformatie is de focus steeds meer komen te liggen op vertellen, om recht te doen aan de complexiteit van alledag. Sinds 2017 wordt gewerkt met het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg 2017-2022 (hierna: kwaliteitskader) voor alle organisaties die gehandicaptenzorg leveren in het kader van de Wet langdurige zorg (Wlz). Het accent ligt bij dit kader op het met en van elkaar leren en verbeteren in de praktijk en op zicht op kwaliteit. In 2017 is ook afgesproken dat het kader voor het eind van de looptijd geëvalueerd zou worden. USBO advies van de Universiteit Utrecht is gevraagd dit voortgangsonderzoek naar het kwaliteitskader uit te voeren. Deze lerende evaluatie beoogt *inzichten te verschaffen over de werking van het kwaliteitskader in de praktijk: wat gaat goed, wat zijn aandachtspunten, en welke aanbevelingen volgen daaruit voor de verdere ontwikkeling van het kwaliteitskader?*

Om inzicht te verkrijgen in de werking van het kader en lessen te trekken voor de doorontwikkeling, hebben wij een zevental instellingen voor gehandicaptenzorg bezocht¹, variërend in grootte, cliëntgroepen en aangeboden zorg- en ondersteuning. Bij ieder organisatie zijn groepsgesprekken gevoerd met (a) zorgmedewerkers en teamleiders, (b) cliënten en hun vertegenwoordigers, en (c) bestuurders en kwaliteitsfunctionarissen. In deze dialogen was 'de kwaliteit van zorg en leven' het uitgangspunt. Vervolgens zijn ervaringen opgehaald over het werken met het kwaliteitskader en de bijdrage ervan aan deze kwaliteit. De bevindingen van de organisaties zijn verder uitgediept tijdens verschillende landelijke werkconferenties met diverse stakeholders (zie bijlage 1).

Het woord 'kwaliteit' is een kernconcept in het Kwaliteitskader maar het laat zich tegelijkertijd moeilijk vangen. In algemene zin gaat het om 'kwaliteit van leven' en 'kwaliteit van zorg en ondersteuning'. Maar kwaliteit, zo blijkt uit ons onderzoek, kent vele verschijningsvormen. In hoofdstuk 3 van dit rapport is de rijkheid aan beelden, metaforen en verhalen, die zorgverleners, cliënten, verwanten en vertegenwoordigers, kwaliteitsfunctionarissen en bestuurders koppelen aan kwaliteit van zorg, terug te vinden. De belangrijkste conclusie die daaruit getrokken kan worden is dat kwaliteit geen uniform en vaststaand concept is. Het zit vaak in de allerkleinste dingen en is bovendien voor iedereen anders. De nadruk ligt hierbij op warmte en aandacht, kleine kwaliteit, eigen regie en samenwerking, met als gedeelde noemer het goede doen, en de dingen goed doen.

¹ Als gevolg van de geldende Covid-19 maatregelen hebben, met uitzondering van één fysiek bezoek, alle gesprekken digitaal plaatsgevonden.

Vervolgens is gekeken hoe het kwaliteitskaderkader 2017-2022 en de vier bouwstenen die gehanteerd worden bij het werken aan kwaliteit, te weten (1) het zorgproces rond de individuele cliënt, (2) onderzoek naar clientervaringen, (3) zelfreflectie in teams en (4) kwaliteitsrapport en visitatie, in de praktijk gehanteerd worden en in hoeverre ze volgens de betrokkenen bijdragen aan kwaliteit van zorg. Centrale observatie hierbij is dat alle vier de bouwstenen op zeer uiteenlopende wijzen gehanteerd worden en dat de ervaring van hun bijdrage aan de kwaliteit van zorg eveneens varieert. We zien dat in sommige organisaties de instrumenten als handreiking gebruikt worden waarbij de eigen invulling van de bouwstenen voorop staat. In deze organisaties wordt vooral vrijheid gevoeld tot eigen invulling van het kader. In andere organisaties worden de bouwstenen in het kader juist als dwingend en daarmee knellend ervaren. Sommige bestuurders, maar ook teamleiders en medewerkers, benadrukken dus vooral de regels en inkadering, waar anderen het kader juist roemen om de ruimte die het biedt.

Met name bestuurders zijn belangrijke spelers zijn in het bewaken van de balans tussen regels en ruimte. Zij kunnen fungeren als ‘hitteschild’ door het weghouden van verantwoordingsdruk van medewerkers of juist als aanjager van verantwoordingsdruk door het vertalen van afspraken in het kader naar protocollen en systemen die in de ogen van medewerkers en/of cliënten en verwanten niet bijdragen aan de kwaliteit van zorg en leven. Door bestuurders die deze druk lijken aan te jagen wordt nog vaak verwezen naar eisen van externe stakeholders zoals de inspectie en de zorgkantoren, die maken dat zo gewerkt zou moeten worden. In dit onderzoek hebben we echter weinig aanwijzingen gevonden voor het opleggen van dit soort eisen vanuit deze stakeholders. Het gebruik van het kader op een controlegerichte manier (tellen, objectiveren, generaliseren) lijkt voor sommige bestuurders een houvast te zijn. De consequentie is dat de bijbehorende druk wel in alle lagen van de organisatie gevoeld wordt, zeker wanneer niet volledig helder is wat de bijdrage is van het ophalen van dit type informatie of van de wijze van registreren van deze informatie aan de kwaliteit van zorg. In die gevallen lijkt een systeemrealiteit gecreëerd te worden om aan de veronderstelde eisen te voldoen, maar waarbij de bedoeling ervan verwatert. Bij aanbieders die minder externe druk ervaren lijkt er meer ruimte te zijn om de benodigde verantwoording en kwaliteit van zorg goed aan elkaar te verbinden. Het zijn immers niet strijdige maar, als het goed is, elkaar versterkende zijden van dezelfde medaille.

Of het lukt deze beide zijden goed met elkaar te verbinden is afhankelijk van verschillende aspecten, zoals de bestuurscultuur, maar ook het vertrouwen binnen teams en de mate waarin teamleiders ruimte durven pakken om invulling te geven aan de zorg. Op teamniveau speelt bovendien mee dat de werkdruk groot is en dat teams vaak van samenstelling veranderen omdat het verloop van medewerkers hoog is. Opvallend is wel dat de ervaringen van de aanbieders ook hierin uiteenlopen. Sommige aanbieders geven aan dat het werven en behouden van personeel een complexe opgave is die hen dagelijks bezighoudt – er is simpelweg te weinig gekwalificeerd personeel -. Anderen geven met een lichte trots aan dat begeleiders graag bij hen komen en blijven werken omdat de professionals de ruimte krijgen het werk naar eigen inzicht vorm te geven.

Op basis van deze lerende evaluatie komen we tot de volgende conclusies en aanbevelingen. Deze eerste set van conclusies en aanbevelingen betreffen de *doorontwikkeling van het kader*.

- Uit de gesprekken blijkt dat de aandacht voor het **zorgproces rond de individuele cliënt** (bouwsteen 1) nog sterk vertaald wordt naar instrumenten en systemen, en minder naar de wijze waarop de dialoog hierover plaatsvindt. Dit terwijl de kwaliteit van zorg en leven juist sterk samenhangt met de wijze waarop hierover afgestemd wordt tussen zorg, cliënten en verwanten. De instrumenten zijn slechts middelen daartoe. Juist het invulling geven aan het voeren van het goede gesprek over de kwaliteit van zorg en leven vergt meer aandacht. Deze bouwsteen vormt daarmee de basis voor alle andere bouwstenen van het kwaliteitskader. Niet alleen de directe gespreksvoerders (cliëntbegeleiders) moeten met elkaar in gesprek gaan over wat zij onderling hierin van elkaar kunnen leren en wat hierin van belang is, maar ook de inspectie en zorgkantoren dienen hierin betrokken te worden.
- **Onderzoeken van cliëntervaring** (bouwsteen 2) wordt in de praktijk nog veelal ervaren als een verplicht onderdeel, waarbij het voor organisaties zoeken is hoe de informatie uit cliënttevredenheidsonderzoek vertaald kan worden naar het individuele zorgproces rondom de cliënt, alsook naar organisatiebrede verbeterpunten. Een aanbeveling is om organisaties meer vrij te laten in de keuze voor een instrument, waarbij voor de verschillende cliëntgroepen gebruik kan worden gemaakt van een andere methode.
- **Zelfreflectie in teams** (bouwsteen 3) wordt wisselend ervaren, van heel positief tot een verplicht nummer. Met regelmaat zoeken teams nog naar wat er precies van hen verwacht wordt op dit punt. Ook hier bestaat het gevoel dat er vanuit het kader duidelijke vormeisen zijn, terwijl de realiteit is dat hier veel ruimte in is, zolang het doel van samen ontwikkelen maar gediend wordt. Van belang is dat teams en teamleiders ondersteund worden in het goed vormgeven van deze teamontwikkeling.
- De **kwaliteitsrapporten** (bouwsteen 4a) zijn een reflectie van de zeer uiteenlopende wijzen waarop aanbieders werken met het kwaliteitskader. Dat is *an sich* geen enkel probleem. Die ruimte biedt het kader juist. Wel is het onwenselijk dat sommige kwaliteitsrapporten vooral gericht lijken te zijn op het heden en het verleden, en weinig op ontwikkelen. Daarmee schieten kwaliteitsrapporten hun doel voorbij. Aandacht voor de PDCA cyclus zou met name in de ogen van de zorgkantoren centraal moeten staan in deze rapportages. Om dit beter te faciliteren is het van belang dat de rapportages beter aansluiten op de cyclus van de aanbieders. Een jaarlijkse cyclus van rapporteren is dan onlogisch. De wens om over te stappen op een twee of driejaarlijkse cyclus met beknopte tussentijdse updates wordt dan ook breed gedeeld.
- De **visitaties** (bouwsteen 4b) voelen voor velen als beoordelingsmoment met als gevolg dat deze risicomijdend ingevuld worden, bijvoorbeeld door soortgelijke aanbieders hiervoor te vragen. Daarmee missen aanbieders een vernieuwende blik van buiten. Het gaat om een collegiale consultatie en het zou goed zijn deze ook als dusdanig te benutten. Ook kunnen deze consultaties breder ingevuld worden dan het bestuurlijke niveau (denk aan bezoeken van andere locaties in de eigen of een andere organisatie en het bezoeken van andere teams). Dit draagt bij aan het van en met elkaar leren.
- Meer algemeen geven we mee dat het voor de doorontwikkeling van het kwaliteitskader van belang is te **gehanteerde termen goed tegen het licht te houden**. De gehanteerde taal leidt nu soms nog tot interpretaties die strikter zijn dan gewenst. We doen hiervoor in paragraaf 6.1.5 een aantal suggesties. Deze zijn echter slechts suggesties. Belangrijker is dat met elkaar gesproken wordt over passende terminologie en vooral de lading die het moet dekken.

- Verder verdient het de aanbeveling de **reikwijdte van het kader te vergroten** van enkel de Wlz naar onder meer de Wmo en de Pgb-zorg. Daartoe is het van belang dat de VGN de dialoog hierover aangaat met bijvoorbeeld gemeenten.
- Tot slot vinden wij het van belang mee te geven dat het kader al veel heeft gebracht, vooral wanneer dit vergeleken wordt met andere zorgsectoren waar de ruimte tot reflectie op kwaliteit van zorg vaak veel beperkter is door de eisen die van binnen en van buiten gesteld worden. Het is dan ook belangrijk tijd en ruimte te blijven geven en nemen om goed invulling te kunnen blijven geven aan het doel van het kader, namelijk: de kwaliteit van zorg en leven. Wij pleiten dan ook voor **rustige en betekenisvolle doorontwikkeling en niet voor disruptieve veranderingen**.

De volgende set van conclusies en aanbevelingen betreffen het *werken mét het kwaliteitskader*.

- Uit deze lerende evaluatie kwam wederom helder naar voren dat juist in **de interactie tussen lagen en tussen organisaties** belangrijke dilemma's en aspecten van kwaliteit in de praktijk en hoe daarmee om te gaan naar voren komen. Wij bevelen dan ook aan deze interactie op te zoeken om goed invulling te geven aan de kwaliteit van zorg en leven en de spanningen die dit ook met zich meebrengt.
- **Morele dilemma's zijn inherent aan de zorg**. Om goed om te kunnen gaan met deze complexiteit is het van belang **met elkaar te blijven spreken over thema's als eigen regie of continue verbetering**. Alleen in onderlinge dialoog kunnen belangrijke thema's als '*Is goed ook goed genoeg?*' verder gebracht worden.
- Het **organiseren van ruimte vergt onderhoud**. Eenmaal gecreëerde ruimte blijkt in de praktijk namelijk vaak weer te verdwijnen en stukje bij beetje dicht gereguleerd te worden. De verkregen ruimte moet dan ook continu onderhouden worden. Hierbij zijn zogenoemde 'quality rebels' van belang, die een duidelijke visie hebben op kwaliteit en daarin voorop lopen en de ruimte nemen om hier naar eigen inzicht vorm aan te geven.
- Tot slot is het in het werken met het kader van belang dat er **specifiek aandacht is voor kleine en nieuwe organisaties** omdat zij relatief veel tijd en aandacht kwijt zijn aan het invulling geven aan het kader.

Tot slot geven we nog een aantal aanbevelingen mee specifiek voor de verschillende rollen en verantwoordelijkheden.

- **Bestuurders** hebben een sleutelpositie en kunnen nog veel van elkaar leren. De verschillen in de interpretatie van het kader en de gevoelde ruimte daaromheen zijn immers erg groot. We bevelen van harte aan om de externe collegiale consultatie uit te breiden met elkaar bezoeken, met elkaar meelopen in de praktijk (naast het lezen van elkaars rapport) en daarover met elkaar het gesprek aan te gaan. Juist het verder kijken dan de '*usual suspects*' is daarbij aan te bevelen.
- **Teamleiders en zorgmedewerkers** hebben een grote verantwoordelijkheid in het bieden van zorg en ondersteuning. Hoewel de context waarin zij opereren verschilt (bijvoorbeeld in een organisatie die ofwel ruimte biedt, ofwel zich meer controlerend opstelt) zijn er op verschillende plekken 'quality rebels' die op hun ervaring vertrouwen en zelfverzekerd durven te zeggen dat zij weten wat het goede is om te doen. Deze 'quality rebels' zouden hun voorbeeldfunctie nog meer

kunnen verstevigen; niet alleen door aan nieuwe of meer onervaren collega's te laten zien hoe zij ruimte organiseren, maar juist ook door kwetsbaarheid te laten zien.

- Voor de **IGJ en ZN** hebben de aanbevelingen vooral betrekking op het verduidelijken van hun rol en verwachtingen. Hoewel er bij financiers en toezichthouders een – zeer gewenste – paradigmashift heeft plaatsgevonden van meer kosten- of indicatorengericht, naar een meer kwalitatieve en ondersteunende benadering, zijn aanbieders nog veelal volhardend in hun beeldvorming van deze stakeholders. Een onderzoekende dialoog is van belang om *gezamenlijk* helderheid te creëren over het werken aan kwaliteit, en het afleggen van verantwoording daarover.
- Tot slot zijn er aanbevelingen voor de opdrachtgever, de **Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland**. De aanbevelingen voor de VGN benadrukken de ondersteunende en faciliterende rol van de branchevereniging. Omdat we de dialoog tussen de stakeholders in de sector als een van de voornaamste lessen voortkomend uit dit onderzoek zien, is er een belangrijke rol weggelegd voor de VGN in het faciliteren daarvan. Ook in de eigen communicatie kan de VGN nog meer inzetten op het uitdragen van de bedoeling van het kader. Tot slot lijkt het waardevol om in dialoog (bijvoorbeeld met gemeenten) te verkennen of het kwaliteitskader een grotere rol kan spelen dan enkel binnen de ghz die valt onder de Wlz. Het gedachtegoed van het kader lijkt passend voor een bredere doelgroep, en daarbij zou de gevoelde verantwoordingsdruk door een veelheid aan kaders verlicht kunnen worden.

1. Introductie	11
1.1 Aanleiding	11
1.2 Vraagstelling	11
1.3 Perspectief op de vraag en aanpak	12
1.4 Leeswijzer	12
2. 'De bedoeling': Leren & verantwoorden	13
2.1 Context en achtergrond	13
2.2 Het kwaliteitskader	14
3. Beelden van goede zorg	16
3.1 Speciaal voor jou	17
3.2 Zoals ik het wil!	19
3.3 Anders, maar gelijk	20
3.4 Samen werken aan goede zorg	22
3.5 Het zit 'm in de naam van het beestje	22
3.6 Deelconclusie	25
4. 'De praktijk': De werking van het kader	26
4.1 Zorgproces rond de individuele cliënt	26
4.2 Onderzoek naar cliëntervaringen	29
4.3 Zelfreflectie in teams	34
4.4 Kwaliteitsrapport en visitatie	37
4.5 Deelconclusie	41
5. Overkoepelende thema's	42
5.1 Regels en/of ruimte?	42
5.2 Bestuur als hitteschild voor de medewerkers of aanjager van verantwoordingsdruk	42
5.3 Systeemwereld versus leefwereld	43
5.4 Deelconclusie	44
6. Conclusies en aanbevelingen	45

6.1 Conclusies en aanbevelingen: De doorontwikkeling van het kwaliteitskader	45
6.2 Conclusies en Aanbevelingen: Werken mét het kwaliteitskader	50
6.3 Hoe verder? rollen & verantwoordelijkheden	54
6.4. Tot slot: Samen voor sectorontwikkeling	57
Bijlagen	58
1. Onderzoeksopzet	58
2. Lessen voor het kwaliteitskader: een overzicht	61
3. Begeleidingscommissie	69
4. Referenties	70



1. Introductie

1.1 AANLEIDING

Sinds de jaren negentig maakt de sector gehandicaptenzorg zichtbaar werk van kwaliteitsverbetering- en verantwoording. Aanvankelijk lag daarbij de nadruk op transparantie middels meetbare kwaliteitsindicatoren. Deze 'telinformatie' werd echter steeds meer als beperkend ervaren; bestuurders en medewerkers benadrukten dat de complexe realiteit van zorgverlening zich slecht laat vangen in cijfers. Zo ontstond in de sector het idee dat het anders moest. Naast ruimte voor kwaliteitsverantwoording en 'tellen' moest er meer ruimte komen voor leren, verbeteren en 'vertellen'.

In 2015 nam de VGN het initiatief om het landelijke kwaliteitskader te vernieuwen. Via 24 proeftuinen werd het vernieuwde kwaliteitskader verder ontwikkeld en ingevuld. Vanaf 2017 geldt het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg 2017-2022 (hierna: kwaliteitskader) voor alle organisaties die gehandicaptenzorg leveren in het kader van de Wet langdurige zorg (Wlz). Naast het rapporteren over algemene informatie vraagt het nieuwe kwaliteitskader van zorgaanbieders ook om een ondersteuningsplan met informatie over de zorg rond de individuele cliënt, systematisch onderzoek naar cliëntervaringen, systematische reflectie door zorgteams, en externe visitatie. Het accent ligt op het met en van elkaar leren en verbeteren in de praktijk. In het verlengde daarvan stimuleert het kader kwaliteitsverantwoording. Het streeft naar werkwijzen die zowel op de werkvloer als in de rest van de organisatie leiden tot 'leren en verbeteren' en tot 'zicht op kwaliteit'.

1.2 VRAAGSTELLING

Sinds de start van het kwaliteitskader in 2017 werken betrokken partijen met een ontwikkelagenda. Daarin is afgesproken om de werking van het kwaliteitskader in de praktijk te evalueren – voor het einde van de vijfjarige looptijd.² De resultaten uit deze evaluatie leiden waar nodig tot aanpassingen in het kwaliteitskader voor de volgende periode. USBO advies is gevraagd om een voortgangsonderzoek naar het kwaliteitskader uit te voeren. Deze lerende evaluatie beoogt *inzichten te verschaffen over de werking van het kwaliteitskader in de praktijk: wat gaat goed, wat zijn aandachtspunten, en welke aanbevelingen volgen daaruit voor de verdere ontwikkeling van het kwaliteitskader?*

² <https://www.vgn.nl/nieuws/update-voortgang-kwaliteitskader-ghz>

1.3 PERSPECTIEF OP DE VRAAG EN AANPAK

Om inzicht te verkrijgen in de werking van het kader in de praktijk en lessen te kunnen trekken voor de doorontwikkeling van het kader, hebben wij een zevental instellingen voor gehandicaptenzorg bezocht³, variërend in bijvoorbeeld grootte, cliëntgroepen en aangeboden zorg- en ondersteuning om daarmee een gevarieerd beeld te kunnen geven van de werking van het kader in de praktijk. We suggereren niet uitputtend te kunnen zijn maar streven naar een realistische weergave van de verscheidenheid waarmee in het veld wordt gewerkt met het kader. Tijdens de werkbezoeken is gesproken met zorgmedewerkers en teamleiders, cliënten en hun vertegenwoordigers, en bestuurders en kwaliteitsfunctionarissen. In de verschillende dialogen was het gesprek over 'de kwaliteit van zorg en leven' het uitgangspunt, waarna expliciete verbanden zijn gelegd met het kwaliteitskader en de bijdrage ervan aan deze kwaliteit. De bevindingen van de organisaties zijn verder uitgediept tijdens verschillende werksessies met diverse stakeholders (zie bijlage 1). Zij hebben gereflecteerd op de bevindingen, en hebben nagedacht over verbeterpunten voor het kwaliteitskader. De bevindingen uit alle gevoerde gesprekken en de werkconferenties vormen de basis van dit rapport. Voor een uitvoerige beschrijving van de opzet en uitvoering van het onderzoek verwijzen we naar bijlage 1.

1.4 LEESWIJZER

In dit rapport presenteren we de bevindingen van deze lerende evaluatie. **Hoofdstuk 2** gaat in op de context en achtergrond van het kwaliteitskader. Daarbij gaan we in op de vier bouwstenen waaruit het kader is opgebouwd. In **hoofdstuk 3** beschrijven we de beelden van goede zorg die de respondenten bij de verschillende instellingen op ons verzoek aan het begin van iedere dialoog met ons deelden. Hoofdstuk 3 illustreert daarmee waar het voor betrokkenen echt om gaat. In **hoofdstuk 4** beschrijven we de ervaringen van de respondenten met de werking van het kader in de praktijk. Per bouwsteen beschrijven we hoe in de praktijk wordt gewerkt aan kwaliteit. In **hoofdstuk 5** beschrijven we een aantal overkoepelende thema's die uit de gesprekken naar voren kwamen ten aanzien van het kwaliteitskader. Tot slot trekken we in **hoofdstuk 6** conclusies op basis van de eerder beschreven bevindingen en geven we onze aanbevelingen voor de toekomst van het kader. Daarbij gaan we in op aanbevelingen voor de doorontwikkeling van het kader zelf, alsook aanbevelingen om het werken *met* het kader te verbeteren.

We maken in dit rapport gebruik van citaten afkomstig van respondenten. Deze worden cursief en tussen aanhalingstekens geplaatst.

³ Als gevolg van de geldende Covid-19 maatregelen hebben, met uitzondering van één fysiek bezoek, alle gesprekken digitaal plaatsgevonden. Bijlage 1 bevat een gedetailleerde beschrijving van de onderzoeksopzet.

2. ‘De bedoeling’: Leren & verantwoord

2.1 CONTEXT EN ACHTERGROND

De wijze waarop het kwaliteitskader is vormgegeven past in een bredere ontwikkeling richting ‘anders verantwoord’ in het publieke domein. Tot voor kort was de filosofie van New Public Management (NPM) dominant, met daarin de nadruk op bedrijfseconomisch denken. NPM leidde tot regelgedreven en top-down aangestuurde publieke organisaties die hun dienstverlening zo efficiënt mogelijk wilden organiseren voor de cliënt of opdrachtgever. Publieke organisaties werkten daarmee vooral voor en niet zozeer met hun cliënten/opdrachtgevers. Die cliënten/opdrachtgevers wilden vervolgens zicht krijgen op de wijze waarop een en ander georganiseerd werd met een sterke verantwoordingsdruk tot gevolg.

Sinds de jaren 2000 is een kentering zichtbaar richting New Public Governance (NPG). Binnen NPG wordt gezocht naar nieuwe manieren van organiseren en verantwoord door middel van het betrekken van de verschillende stakeholders in het nadenken over de toegevoegde waarde van de dienstverlening van publieke organisaties. De wijze waarop de gehandicaptenzorg met het kwaliteitskader werkt aan kwaliteitsverantwoording en -verbetering past in deze nieuwe manier van organiseren en verantwoord.

Het kwaliteitskader dient verschillende doelen. Het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg 2017-2022 neemt leren als primair uitgangspunt. Tegelijkertijd blijft ook de verantwoordingsfunctie overeind; die functie is immers inherent aan zorgverlening en aan collectief gefinancierde sectoren, waarbij publieke belangen gelden. De informatie in de kwaliteitsrapporten kan dus inzicht verschaffen aan externen over het handelen van zorgorganisaties (verantwoording afleggen), het kan cliënten en hun naasten helpen om een keuze te maken voor een specifieke instelling (keuzeinformatie bieden) en het kan handvatten bieden voor interne verbetering (leren).

De functies van leren en verantwoord kunnen spanningsvol zijn ten opzichte van elkaar. Bij het kwaliteitskader kan bijvoorbeeld spanning ontstaan tussen enerzijds het openbaar maken van de kwaliteitsrapporten en het delen van de rapporten met de IGJ (externe functie), en anderzijds de veiligheid die nodig is voor leren (interne functie). In dit kader is het interessant dat het sectorbeeld

uit 2018⁴ op basis van de kwaliteitsrapporten verschillende organisatieculturen onderscheidt: managerial (focus op managementtaal en kwantitatieve informatie), marketinggericht (optimistisch van toon, maar beperkte aanknopingspunten voor kritische reflectie), verantwoordend (rapport als vast format dat correct moet worden ingevuld) en reflectief.

Een reflectief kwaliteitsrapport gebruikt kwalitatieve en kwantitatieve informatie om sterke en zwakke punten te duiden en verbeterpunten te formuleren – en sluit het meest aan bij wat het kwaliteitskader beoogt. Dit is tegelijkertijd een uitdaging omdat er ook sprake is van een gevoelde druk tot verantwoording zoals uit dit onderzoek zal blijken. Het vernieuwde kader past goed in de breder beschreven ontwikkeling richting andere wijzen van verantwoorden. Tegelijkertijd is de gehandicaptenzorg in Nederland een pionier met haar kwaliteitskader. Dat wil zeggen dat de sector zich (via de Stuurgroep Kwaliteitskader) in de voorhoede bevindt als het gaat om het nadenken over en implementeren van deze vorm van meer ‘lerend verantwoorden’.

Pionieren zorgt voor energie, maar is ook lastig. Het wegbewegen van ingesleten ideeën en patronen vraagt om een lange adem. Het gaat immers om een fundamenteel andere houding ten aanzien van organiseren en verantwoorden. Dat betekent tegenwicht bieden aan stevige trekkrachten, zoals die van het opschroeven van de registratielast na een incident. Het vergt werken vanuit vertrouwen in plaats van het dominante, risico-averse adagium van wantrouwen en het overbruggen van de afstand tussen beleid en praktijk door de neiging te weerstaan om meer (weinig betekenisvolle) data te genereren in plaats van de dialoog te zoeken. In dit voortgangsonderzoek hebben we nadrukkelijk oog voor dergelijke onderliggende mechanismen. We zijn daarbij benieuwd in hoeverre deze (nog) een rol en/of op welke manieren het lukt daar met het nieuwe kwaliteitskader tegenwicht aan te bieden in de praktijk. Daarmee leggen we uitdrukkelijk de focus op de mogelijk spanningsvolle doelstellingen ‘leren’ en ‘verantwoording afleggen’, en laten we de doelstelling informatie bieden ten behoeve van de keuze voor een instelling buiten beschouwing.

2.2 HET KWALITEITSKADER

De uitgangspunten van het kwaliteitskader zijn ‘kwaliteit van bestaan’ en ‘regie over eigen leven’. Het kwaliteitskaderkader 2017-2022 hanteert vier bouwstenen bij het werken aan kwaliteit. In het onderstaande kader is de letterlijke tekst waarmee de bouwstenen in het kwaliteitskader worden omschreven opgenomen. Hoewel er voortschrijdend inzicht is wat betreft de inhoud van het kader en de gehanteerde terminologie (zie ook hoofdstuk 6) verwijzen we in dit onderzoek expliciet naar de omschrijving van het kader en de bouwstenen zoals vastgelegd in het Kwaliteitskader 2017-2022, omdat dit het wettelijk geldende kader is waar deze evaluatie zich op richt. In dit onderzoek hebben we de betrokken respondenten gevraagd naar hun ervaringen met het werken met deze bouwstenen en in hoeverre ze in de praktijk bijdragen aan de bovenstaande uitgangspunten.

⁴ Van der Scheer, W., Stoopendaal, A. (2018) Sectorbeeld Gehandicaptenzorg ‘Kleurrijke zorg’. Erasmus Centrum voor Zorgbestuur, in opdracht van Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland

Kwaliteitskader GEHANDICAPTENZORG 2017-2022

Het vernieuwde kwaliteitskader komt tot werkwijzen die op de werkvloer en in de rest van de organisatie leiden tot ‘zicht op kwaliteit’ en tot ‘leren en verbeteren’. Die werkwijzen worden bouwstenen genoemd. Het kwaliteitskader bevat vier bouwstenen:

1 Zorgproces rond de individuele cliënt

De eerste bouwsteen betreft de individuele cliënt. Voor elke persoon moet helder zijn:

- Welke problemen rond zelfredzaamheid er zijn en welke ondersteuningsbehoeften.
- Welke bijzondere gezondheidsrisico's er zijn en welke aandachtspunten voor veiligheid.
- Welke wensen er zijn voor een prettig leven en hoe de zorg daaraan kan bijdragen.

In het persoonlijk ondersteuningsplan is de informatie over deze onderwerpen vastgelegd. De organisatie zorgt ervoor dat het plan in samenspraak met de cliënt is opgesteld en dat het plan actueel is.

2 Onderzoek naar cliëntervaringen

De tweede bouwsteen gaat over systematische raadpleging van cliënten over de geboden zorg en ondersteuning en over hun kwaliteit van bestaan. Hiervoor zijn erkende instrumenten beschikbaar en bestaan landelijke spelregels voor elke zorgorganisatie (bijvoorbeeld over de minimale frequentie van het cliëntwaarderingsonderzoek). In het huidige kwaliteitskader zijn de bevindingen uit onderzoek naar cliëntervaringen nog niet openbaar gemaakt. In het vernieuwde kader neemt de aanbieder een overzicht van bevindingen op in een jaarlijks kwaliteitsrapport. De zorgaanbieder geeft ook duidelijkheid over keuzes ten aanzien van verbeteringen; het inzicht van de centrale cliëntenraad is daarbij meegenomen.

3 Zelfreflectie in teams (woonvormen en andere organisatorische eenheden)

Elk zorgteam komt periodiek tot een gerichte reflectie op kwaliteit aan de hand van vastgestelde thema's. Daarbij is uiteraard ook ruimte voor zelfgekozen, extra onderwerpen. De beoogde reflectie heeft de strekking van 'wat doen we goed, wat staat zwak en wat moet beter'. De bevindingen worden vastgelegd in een beknopt overzicht. In ieder geval komen aan de orde:

- Het proces rond de individuele cliënt. Is er een actueel plan? Worden afspraken nagekomen, is er zicht op veiligheid en gezondheidsrisico's per cliënt en doen we wat nodig is?
- De kwaliteit van de relatie tussen cliënt en medewerkers. Daarbij gaat het bijvoorbeeld om bejegening en communicatie, maar ook om de competenties van medewerkers en samenwerking in het team en met nabije familie.
- Borging van veiligheid op enkele gebieden die door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) met de landelijke stuurgroep als prioriteit zijn aangemerkt (bijvoorbeeld veilige geneesmiddelenzorg en 'zorg en dwang').
- Zelfreflectie leidt per team tot ontwikkelpunten voor kwaliteitsverbetering.

4 Kwaliteitsrapport en visitatie

De zorgaanbieder maakt jaarlijks een bondig kwaliteitsrapport op grond van informatie uit de bouwstenen en andere relevante bronnen (zoals een medewerkersonderzoek). Hier is het bestuur van de zorginstelling verantwoordelijk voor. Het rapport geeft een geobjectiveerd zicht op kwaliteit. De bevindingen worden gecombineerd met uitleg over achtergronden en verdere ontwikkelingen.

De rapportage gaat altijd in op landelijk vastgelegde thema's en laat ook ruimte voor andere opgaven die de zorgaanbieder zich heeft gesteld. Landelijk vastgestelde thema's zijn onder meer de invulling van persoonsgerichte zorg en ondersteuning, de alertheid op gezondheidsrisico's en veiligheid, de bijdrage van de zorg aan de kwaliteit van bestaan (gelet op de ervaringen van cliënten zelf) en de toerusting van de medewerkers in relatie tot de zorgvragen van cliënten. Het rapport biedt overzicht en komt tot beredeneerde keuzes over de verbeteringen die nodig zijn. Dit vergt een open cultuur binnen de zorgorganisatie en openheid bij de omgeving van de gehandicaptenzorg, zodat de zorgorganisatie kan leren van onvolkomenheden. De gekozen opzet moet gepaard gaan met een vorm van externe visitatie. De zorgaanbieder kiest voor kritische samenspraak over het kwaliteitsrapport en de aanpak die eraan ten grondslag ligt (denk aan de eerste drie bouwstenen).

Het kwaliteitsrapport is onderdeel van 'goed bestuur', waaronder ook systematische raadpleging van cliëntvertegenwoordigers, medewerkers en medezeggenschap vallen.

3. Beelden van goede zorg

De landelijke Stuurgroep die het kwaliteitskader heeft ontwikkeld, is in beginsel opgericht om kwaliteitsverbetering te stimuleren, en in het verlengde daarvan kwaliteitsverantwoording (VGN, 2017, p. 34). Het woord 'kwaliteit' neemt dan ook een belangrijke plek in het kerndocument Kwaliteitskader in; het komt in totaal 306 keer voor, al dan niet als combinatiewoord zoals kwaliteitskader, of kwaliteitsverbetering. Logischerwijs is 'kwaliteit' ook één van de centrale kernconcepten in dit onderzoek, maar het laat zich maar moeilijk vangen. Het kwaliteitskader spreekt 14 maal van 'kwaliteit van zorg', maar in een vroeg stadium van dit onderzoek ontdekten we dat deze term voor velen niet de juiste is⁵. In het kader worden afwisselend ook termen als 'kwaliteit van ondersteuning', 'kwaliteit van leven' of 'kwaliteit van bestaan' gehanteerd, zonder dat duidelijk wordt wat deze termen precies inhouden, en voor wie. In algemene zin gaat 'kwaliteit van zorg en ondersteuning' om het goede doen, en de dingen goed doen. Maar wat dan 'goede zorg' is, en voor wie, is niet eenduidig. Kwaliteit kent vele verschijningsvormen, het zit vaak in de allerkleinste dingen en is bovendien voor iedereen anders. 'Goede zorg' laat zich moeilijk omschrijven, en beelden en metaforen zeggen soms meer dan duizend woorden. In dit onderzoek hebben we er dan ook voor gekozen om geen door de onderzoekers vastgestelde definitie van kwaliteit of 'goede zorg' te hanteren, maar hebben we de deelnemers in dit onderzoek hier invulling aan laten geven.

In dit hoofdstuk presenteren we daarom 'beelden van goede zorg'⁶. Het zijn beelden, metaforen en verhalen die zorgverleners, cliënten, verwanten en vertegenwoordigers, kwaliteitsfunctionarissen en bestuurders met ons hebben gedeeld, om duidelijk te maken wat zij verstaan onder goede zorg. We besteden in dit hoofdstuk bewust ruim aandacht aan deze beelden, omdat het de rijkheid en variëteit aan invullingen van kwaliteit blootlegt. Voor het vervolg van dit rapport – en het werken aan kwaliteit in de toekomst – is het dan ook van belang om te erkennen dat kwaliteit geen uniform en vaststaand concept is, maar voor iedereen iets anders kan betekenen. Dit hoofdstuk gaat over wat volgens de deelnemers aan dit onderzoek 'de bedoeling' is; hoe men goede zorg en

⁵ Tijdens dit onderzoek hebben wij gemerkt dat woordkeuze in de context van dit onderzoek zeer nauw komt. Zo vroegen wij deelnemers aan de dialogen naar beelden van kwaliteit van zorg, waarbij we er tijdens de gesprekken op geattendeerd werden dat de term 'zorg' vaak niet de lading dekt. In paragraaf 3.5 'Het zit 'm in de naam van het beestje' delen we reflecties op woordgebruik, en hoe gebezigde terminologie ertoe doet.

⁶ 'Beelden van Kwaliteit' is een methode die in de sector gebruikt wordt voor kwaliteitsverbetering door middel van participatieve observatie. In dit onderzoek hebben wij gevraagd naar beelden van goede zorg, om te achterhalen wat kwalitatief goede zorg voor de betrokkenen behelst. Er is dus geen verband tussen de methode 'beelden van kwaliteit' en 'beelden van goede zorg' zoals bevestigd in dit onderzoek.

ondersteuning idealiter voor zich ziet. In de hoofdstukken 4 en 5 zullen we vervolgens beschrijven of en hoe het – met behulp van het kwaliteitskader – lukt om deze idealen te realiseren.

In de beelden van kwaliteit die tijdens de gesprekken de revue passeerden, onderscheiden we een viertal centrale thema's: (1) speciaal voor jou, (2), zoals ik het wil!, (3) anders, maar gelijk, en (4) samen werken aan goede zorg. Ieder thema kent zijn schakeringen en nuances, welke we zo beeldend mogelijk proberen weer te geven. Omdat de keuze van woorden - bijvoorbeeld om kwaliteit te beschrijven- veelvuldig aanleiding gaf tot gesprek, schenken we in paragraaf 3.5 als slot van dit hoofdstuk speciaal aandacht aan hoe woorden ertoe doen.

3.1 SPECIAAL VOOR JOU

Een eerste overkoepelend thema hebben we 'speciaal voor jou' genoemd. Het stelt het eigene, persoonlijke van iedere cliënt centraal. Bij deze definiëring van kwaliteit is de cliënt het uitgangspunt. De manier waarop mensen hier invulling aan geven verschilt echter.

3.1.1 Warme zorg

Meerdere deelnemers namen een hart mee naar de bijeenkomst: een stenen hartje, een houten hartje, een hartje in twee handen. Zij staan symbool voor 'warme zorg', liefdevolle zorg met aandacht voor cliënten. Warme zorg wordt vaak direct gelinkt aan zorg op maat. Een teammanager zegt hierover: *“Zorg op maat, dat gaat heel ver bij ons.”* Het belang van persoonlijke aandacht wordt ook door cliënten onderstreept. *“Dat je gezien en gehoord wordt. Dat je kunt zijn wie je wilt zijn.”*

Zijn wie je wilt zijn blijkt voor meerdere gesprekspartners van groot belang. Een zorgmanager legt uit dat dat maakt dat kwaliteit zo moeilijk vast te stellen is: *“Het gaat erom dat kwaliteit niet vooraf wordt gedefinieerd; het gaat erom dat medewerkers in de context kwaliteit voor die cliënt kunnen leveren. Laat duidend bloemen bloeien, maar binnen zekere grenzen.”*

3.1.2 Eerst cliënt, dan instrument

Er is een spanningsveld tussen dat wat als goed wordt gezien voor de cliënt ('de persoon') en dat wat middels regels is afgesproken ('het protocol'). Verschillende zorgmedewerkers leggen uitdrukkelijk het accent op de persoon in hun definiëring van goede zorg. Zo heeft een zorgmedewerker een afbeelding van een muziekstuk meegebracht. *“Op deze foto zijn de noten uitdrukkelijk in beeld. Die zijn in de zorg ook wel in beeld, maar veel meer aan de achterkant. Instrumenten en richtlijnen zitten in de rugzak. Die zijn in de zorg dus niet zo prominent als op het plaatje.”* Een zorgmanager van een andere organisatie sluit hierop aan *“Kijk altijd eerst naar de mens en daarna het protocol”*. Benadrukt wordt dat de mens altijd voorop staat. *“Het is goed als er regels zijn, naar nog beter als je daar op gepaste momenten vanaf kunt wijken en daarover verantwoording kunt afleggen”*.

3.1.3 Zoals ouder

Binnen het thema 'speciaal voor jou' is ook duidelijk het ouderperspectief te herkennen. Zo zegt een ouder over kwaliteit: *“Het is moeilijk samen te vatten wat goede zorg is. Je wilt zorg aan je dochter geven zoals je die als ouder zou geven.”* Deze wens verwijst naar de warmte en aandacht zoals een ouder

die voor zijn of haar kind heeft en naar de specifieke wensen en behoeften van cliënten, die niemand zo goed kent of kan 'lezen' als ouders. Een kwaliteitsdefinitie vanuit ouderperspectief werd overigens niet uitsluitend door ouders gegeven. Ook voor een zorgmanager is dit het uitgangspunt in haar handelen: *"Ik heb een simpele toets. Ik vraag me altijd af: "Zou ik mijn eigen kind aan je toevertrouwen? Dat is mijn eigen simpele kwaliteitstoets."*

3.1.4 Kleine kwaliteit



Figuur 1: De gereedschapskist

Uit de eerdere beelden van kwaliteit komt al op verschillende manieren de aandacht voor de individuele cliënt en diens wensen naar voren. Verschillende gesprekspartners benadrukken daarbij dat kwaliteit voor iedereen anders is en het vaak in de kleinste dingen zit. *"Enkel de vraag of iemand pindakaas of hagelslag op brood wil, maakt een groot verschil."* Kleine kwaliteit is dus onlosmakelijk verbonden met maatwerk. Voor cliëntbegeleiders betekent dit dat zij met aandacht moeten kunnen kijken en luisteren, ook als de cliënt niet kan vertellen wat hij of zij graag wil. Het beeld van een gereedschapskist laat zien dat een zorgmedewerker een heel repertoire aan gereedschappen heeft en moet beheersen. Kader 1 illustreert hoe het werken aan 'kleine kwaliteit' er in de dagelijkse praktijk uit kan zien.

Kader 1: De glasbak⁷

Een zorgmedewerker maakt geregeld met één van haar cliënten een wandelingetje naar de glasbak. Voor haar cliënt is dit een enerverend moment op de dag. Aanvankelijk was het behoorlijk spannend, het geluid van vallend glas op de bodem van de bak, maar inmiddels heeft cliënt een fascinatie voor het geluid en beleeft ze veel plezier aan deze uitstapjes. Een waardevol leven is iemand mee kunnen nemen in de kleine dingen en daarvan genieten. En dat is voor iedereen anders. Een andere cliënt wordt juist erg onrustig van het geluid van de glasbak, en blijft dus lekker thuis.

⁷ Anekdote die werd gedeeld tijdens een van de dialogen

3.2 ZOALS IK HET WIL!



Figuur 2: Zelf aan de knoppen

Kwaliteit gaat over zelf kunnen beslissen over je leven, over zelf regie voeren. Deze beelden van kwaliteit worden veel gedeeld door de cliënten die we spraken. Voor hen betekent kwaliteit dat zij aangeven hoe zij richting willen geven aan hun leven, zonder dat een ander dit voor hen bepaalt. 'Zoals ik het wil' gaat om aan kunnen sluiten bij de wensen en behoeften van cliënten; of zij nu zelfstandig willen leren wonen, taarten willen leren bakken, of kaarsen willen maken. Het beeld van een joystick symboliseert het 'zelf aan de knoppen zitten'.

3.2.1 Grenzen aan eigen regie

Een meermaals geplaatste kanttekening bij dit beeld is dat hoewel 'eigen regie' door velen wordt erkend als mooi ideaal, het tegelijkertijd een ideaal is dat niet voor iedereen haalbaar is. In het spreken over kwaliteit komen spanningen tussen eigen regie en afhankelijk meermaals naar voren. Eigen regie is namelijk niet een haalbaar ideaal voor iedereen. Zelf kunnen bepalen wordt door velen als mooi streven gezien, maar meerdere verwanten en zorgmedewerkers uiten ook hun zorgen over de nadruk op eigen regie. Zij geven aan dat te veel eigen regie bij kwetsbare cliënten kan leiden tot overvraging: *"Als zorgverlener moet je ook een kader kunnen creëren"* zei een medewerker hierover. Cliënten zelf en meerdere zorgmedewerkers daarentegen ondersteunen vooral de probeer- en experimenteerruimte. Ze zien de risico's daarvan maar willen deze niet uit de weg gaan: *"Ze willen mensen met een beperking beschermen voor op hun bek gaan, maar dat hoort bij het leven. Waarom mag iemand niet gecontroleerd op zijn bek gaan? Waarom onthouden we mensen ervaringen die soms wat minder leuk zijn, maar ook goed kunnen uitpakken?"* Deze verschillende accenten ondersteunen de complexiteit en nuance die onherroepelijk met het definiëren van kwaliteit gepaard gaat.

3.2.2 Ik wil het *niet*

Kwaliteit volgens 'zoals ik het wil!' kan ook betekenen dat een cliënt dingen *niet* wil. Een cliënt vertelt dat goede ondersteuning ook is; *"niet meer doen dan nodig en niet dwingen"*. Eerder in zijn leven werd er op vaste momenten gewandeld en moest iedereen mee. Nu wordt hem gezegd: 'Goh, het zou leuk zijn als je mee gaat wandelen', maar de keuze blijft bij hem. Ook het hebben van een plan kan iets zijn wat cliënten niet willen. Want als je gewoon je eigen leven wilt leiden, dan heb je daar geen plan voor nodig. In kader 2 het verhaal van Bert⁸, voor wie 'leven zoals ik het wil' betekent leven zonder plan.

⁸ Alle namen in dit rapport zijn gefingeerd

Kader 2: Leven zonder plan

“Heb jij een plan dan?!” vraagt Bert tijdens het gesprek aan één van de onderzoekers. Het gesprek gaat over het hebben van ondersteuningsplannen, wat daar in staat en hoe het cliënten helpt. Maar Bert wil helemaal geen plan. En dat heeft hij het Zorgkantoor verteld ook. Bert had bij zijn organisatie al eerder aangegeven dat hij gewoon zijn leven wil leiden “zoals ik het wil.” Hij wil daarbij wel in gesprek met zijn begeleiders aangeven wat hij fijn vindt en of hij tevreden is, maar een plan met doelen en ontwikkelpunten? Nee, dat wil hij niet. Immers, “Die heb jij toch ook niet?!” Inmiddels loopt in samenspraak met het Zorgkantoor een kleine pilot ‘leven zonder plan’ waarin cliënten die geen ondersteuningsplan willen, mogen experimenteren hoe dat is. De pilot is speciaal gericht op enkele cliënten die door eerdere ervaringen moeite hebben met ondersteuningsplannen. Ook voor hen worden dingen vastgelegd, maar niet langer in een plan met doelen.

3.3 ANDERS, MAAR GELIJK

Kader 3: Je bent zo mooi anders

Je bent zo
mooi
anders
dan ik,

natuurlijk
niet meer of
minder
maar zo mooi
anders,

ik zou je
nooit
anders dan
anders willen

Hans Andreus
Uit: ‘Vertel hoeveel ik van je hou’, 2001.

3.3.1 Kwaliteit is gelijkwaardigheid

Een derde groep verzamelde beelden van kwaliteit concentreert zich rondom het thema ‘anders, maar gelijk’ zijn. Verscheidende cliënten in ons onderzoek onderschrijven het belang van gelijkwaardigheid. Niet zelden word je als cliënt geconfronteerd met bejegening vanuit de maatschappij die onderstreept dat je ‘anders bent’, simpelweg omdat je een beperking hebt. Het voorbeeld van Bert die wil leven zonder plan, gaat behalve over ‘regie’ ook heel duidelijk over zijn ‘net zoals jij’. Immers, jij hebt toch ook geen plan? Ook andere cliënten gaven aan een begeleider naast zich te willen, en niet boven hen. Eén van hen zei daarover: “Ik vind het fijn als er wordt gepraat met mij in plaats van over mij”. Voor cliënten is het daarnaast belangrijk dat zij hulp en ondersteuning kunnen krijgen wanneer nodig en gewenst, maar dat hulp niet wordt opgelegd. Voor cliënten die ambulante ondersteuning krijgen is het bijvoorbeeld van belang dat hun begeleider een afspraak maakt om langs te komen, en dan wel op een moment dat het hen uitkomt.

Ook voor zorgmedewerkers is gelijkwaardigheid een belangrijk thema in het spreken over kwaliteit. Het gedicht van Hans Andreus (kader 3) illustreert het perspectief van een zorgmedewerker die erkent dat cliënten die een beperking hebben weliswaar ondersteuning nodig hebben, maar dat deze beperking niet leidt tot diskwalificatie: “Het is juist mooi om te ontdekken hoe een ander de wereld

ziet.” Het gedicht van Hans Andreus werd overigens door meerdere deelnemers aan onze dialogen genoemd; het laat de schoonheid van ‘anders’ zien. Mooi anders, en daarmee niet meer of minder.

Om te kunnen komen tot gelijkwaardigheid onderstrepen meerdere begeleiders het belang om de persoon te kunnen zien achter het gedrag: *“Iemand is een persoon, niet zijn beperking.”* De idee van iemand ‘steeds opnieuw ontmoeten’ (zie ook kader 4) passeerde daarom meermaals de revue; het stelt begeleiders in staat om cliënten oordeelloos te benaderen. Kwaliteit gaat over kunnen bieden wat cliënten nodig hebben, waarbij steeds opnieuw ontmoeten nodig is om met een schone lei te beginnen. ‘Zonder mening er zijn’ werd door een deelnemer gesymboliseerd door het beeld van een rubixkubus; *“Alle kleuren zijn goed, ook als de kleuren door elkaar heen zitten is dat niet erg.”*



Figuur 3: Alle kleuren zijn goed

Kader 4: Opnieuw ontmoeten

Soms hoor ik onverwacht weer achter
gewone woorden die je uit
een zoveel zuiverder en zachter,
adembenemender geluid,

dat ik opnieuw naar je moet kijken
of ik je nooit tevoren zag.
Laat al die jaren maar verstrijken;
zolang ik dit bewaren mag

kan jou en mij de tijd niet deren:
weer voor het eerst me je alleen
hoor ik de harmonie der sferen
door alle alledaagsheid heen.

Jean Pierre Rawie.

Uit: 'Wij hebben alles nog te goed', 2001

3.3.2 Ruimte en acceptatie

De overtuiging dat alle kleuren goed zijn, sluit aan bij een subcategorie binnen dit thema ‘anders, maar gelijk’, namelijk: ruimte en acceptatie. Zowel medewerkers als ouders en verwanten beschrijven kwaliteit als accepteren dat er sprake is van een beperking en daarbinnen al het mogelijke doen. Een medewerker zegt hierover het volgende: *“De verstandelijke beperking is er gewoon. Ze doen hun best om zich staande te houden in de wereld, wij helpen hen om zich staande te houden.”* Kwaliteit gaat erom dat je er voor hen bent, ook als er dingen mis gaan: *“Geef cliënten de ruimte.”* Een ouder van een cliënt sloot hier bij aan: *“Neem de tijd, heb geduld want het duurt langer. Kijk naar wat mensen wel kunnen.”*

3.4 SAMEN WERKEN AAN GOEDE ZORG

Een laatste categorie beelden hebben betrekking op het thema 'samen werken aan goede zorg'. De deelnemers die deze beelden, verhalen en metaforen met ons deelden, zetten allen samenwerking centraal in hun definiëring van goede zorg en ondersteuning. Een cliënt vat dit thema treffend samen: *"Goede zorg doe je samen!"*



Figuur 4: Een pitstop vereist perfecte afstemming

Het beeld van een pitstop (figuur 4) wordt door een cliëntbegeleider gedeeld en laat zien dat een perfecte afstemming vereist is. De cliënt zit in de auto, en om de cliënt heen staan allerlei mensen die met elkaar de afstemming moeten vinden. Alleen als ieder zijn taken goed uitvoert en alle neuzen dezelfde kant op staan, kan de cliënt verder aldus deze begeleider. 'Samen' gaat echter niet alleen over teamleden die met elkaar aan goede zorg werken. In veel van de gedeelde voorbeelden maakt de cliënt zelf,

evenals diens ouders of verwanten, een belangrijk onderdeel uit van het 'samen'. Een bestuurder beschrijft als volgt; *"Geef samen de zorg vorm. Ik zie onze rol ook als een bescheiden rol: de cliënt, diens burens, de maatschappij,.. als die geen antwoord geeft op de zorgvraag, dan is het onze taak."*

3.4.1 Kwaliteit is reflectie

Verder wordt in het definiëren van kwaliteit reflectie opgebracht als belangrijke component. Zorgmedewerkers zijn zich zeer bewust van de grote invloed die zij kunnen hebben op het leven van cliënten. Dat maakt dat zij continu in de spiegel (meegebracht beeld) kijken. Eén van de begeleiders bracht een dagboek mee naar de bijeenkomst. Hij hield het dagboek bij in een periode waarin hij werkte met een cliënt met zeer moeilijk gedrag, en vastliep in de begeleiding. Het dagboek was een belangrijke leidraad in de reflectie; *"Wat kan ik anders doen?"*

3.5 HET ZIT 'M IN DE NAAM VAN HET BEESTJE

In de verschillende gesprekken kwam op verschillende momenten het belang van precieze woordkeuze aan bod. De voorgaande paragrafen hebben laten zien hoe een beeld soms meer zegt dan duizend woorden. Tegelijkertijd blijkt dat wanneer je woorden gebruikt om iets te omschrijven, de keuze van die woorden veel uitmaakt. In deze paragraaf bespreken we een aantal termen die soms gevoelig liggen, laten we zien welke associaties bepaalde terminologie bij de deelnemers oproept, en delen we de suggesties en alternatieven die deelnemers ons meegaven. In dit rapport zullen wij de terminologie zoals gehanteerd in het huidige kwaliteitskader hanteren, waarbij we ons

bewust zijn van de in deze paragraaf beschreven gevoeligheden. We komen hier in hoofdstuk 6 (lessen voor de toekomst) op terug.

3.5.1 Niet kwaliteit van zorg, maar kwaliteit van leven

Een eerste moment waarop het belang van taal zich openbaarde, is tijdens de bespreking van ‘beelden van goede zorg’. We hebben alle deelnemers⁹ de volgende uitnodigingstekst gestuurd: *“Ter voorbereiding willen we jullie vragen vooraf na te denken over de vraag: ‘Wat is goede zorg (voor mensen met langdurige beperkingen)?’ En vervolgens een tekening, een foto, een voorwerp, een gedicht, een spreekwoord of iets anders te kiezen, dat jouw beeld daarover weergeeft. Een beeld dus, dat voor jou iets laat zien van hoe je kijkt naar wat goede zorg is.”* De voorgaande paragrafen laten zien dat aan deze oproep uitdrukkelijk gehoor is gegeven. Desalniettemin startte de bijeenkomst niet zelden met een discussiëring van de omschrijving ‘kwaliteit van zorg’. Zo zegt één van de deelnemers: *“Daar hebben wij het niet zo over. Wij hebben het over kwaliteit van leven.”* Een uitspraak die door velen onderschreven wordt. In het verlengde hiervan stuit met name de term ‘gehandicaptenzorg’ (die wordt gebruikt in de naam van de branchevereniging) op veel weerstand; *“Gehandicaptenzorg is dubbelop dat je ziek bent: gehandicapt + zorg.”* Voor deze deelnemer maakt de term dat iemand gaat samenvallen met zijn beperking (zie ook paragraaf 3.3.1 over de persoon achter de beperking zien)

3.5.2 Niet zorg, maar ondersteuning, begeleiding, of coaching

Veel deelnemers geven aan niet te spreken over ‘zorg’. Het is onmiskenbaar dat voor specifieke groepen binnen de sector, zoals voor ernstig meervoudig beperkten (EMB), de term zorg absoluut van toepassing is, maar verschillen in gehanteerde terminologie onderstreept de diversiteit binnen de sector. *“We proberen het woord zorg te vermijden; we verkiezen ondersteuning of begeleiding”* zei een van de zorgmedewerkers hierover. Voor cliënten die ambulante hulp krijgen wordt de term ‘coaching’ geprefereerd, niet zelden door henzelf.

3.5.3 Niet personeel, maar medewerker

Verschillende zorginstellingen die we bezochten¹⁰ zien zich geconfronteerd met grote personele uitdagingen (zie ook hoofdstuk 6). Eén van de bestuurders geeft aan niet te willen spreken over personeel, maar over medewerkers: *“Bij medewerker heb je meer het gevoel dat je het samen doet, personeel is meer aan de uitvoerende kant.”*

3.5.4 Niet dagbesteding, maar werken of leren

Een vergelijkbare precisering gaat over werken of leren in plaats van dagbesteding. Sommige organisaties hebben actief afstand genomen van de term dagbesteding; *“Voor cliënten betekent dagbesteding werk”* zegt een deelnemer hierover. Deze woordkeuze houdt nauw verband met het

⁹ Voor de sessies met cliënten hebben we een licht aangepaste versie gehanteerd: *“Ter voorbereiding willen we je vragen om – samen met een begeleider – na te denken over de vraag ‘wat is goede zorg voor mij?’ En vervolgens een tekening, een foto, een voorwerp, een gedicht of iets anders uit te kiezen dat jouw beeld weergeeft. Iets dus wat laat zien wat jij goede zorg vindt.”*

¹⁰ Zie bijlage 1 voor een uitgebreide verantwoording van de onderzoeksopzet

thema 'anders, maar gelijk' zoals beschreven in paragraaf 3.3. De idee is dat cliënten volwaardig mee kunnen doen, de term werken of leren sluit hier beter bij aan.

3.5.5 Niet klant, maar cliënt

In de gesprekken wordt zonder uitzondering gesproken over cliënten, of simpelweg 'mensen'. Tijdens de gesprekken zijn wel kritische geluiden hoorbaar over een tendens waarbij cliënten vaker worden aangesproken als 'klant'. Een zorgmanager verklaart: *"Dat wordt ingegeven door marktwerking: De cliënt heeft een vraag, en je gaat een 'dienst verlenen'."* Deze terminologie wordt door een enkele deelnemer geassocieerd met het kwaliteitskader: *"Het kader is wel smal in haar opvattingen. De zorg die ik zie is rijker dan het kader in woorden vat; het wordt gedwongen terug te gaan in die mal en taal van het kader; 'klant'.* (Een search op de term 'klant' in het kerndocument kwaliteitskader leverde overigens geen hits op.) Deze deelnemer had wel suggesties voor de richting en bijbehorende termen waarin het kader zich zou moeten ontwikkelen: *"Ik kan geen ontwerp geven voor een nieuw kader, maar minder 'markt' en minder 'transactie' en meer ruimte voor reflectie."*

3.5.6 Eigen regie, of ook ruimte voor kwetsbaarheid?

De volgende vier sub paragrafen gaan specifiek over de woorden die het kwaliteitskader hanteert, en de associaties die dit bij de betrokkenen oproept. Zo waren verschillende betrokkenen bijzonder kritisch op de plek die 'eigen regie' heeft in het kader, er wordt gezegd: *"Het kader ademt eigen regie."* Deelnemers realiseren zich dat 'eigen regie' een complex ideaal is (zie ook 3.2.1): *"De gedachte overviel me dat de realiteit veel complexer is dan we voorstelden [goede zorg: USBO advies]. Er zijn ook situaties waar geen zeggenschap is, gedwongen zorg. We lopen ook tegen grenzen aan. Dingen die de cliënt wil, maar gewoon niet mogelijk zijn. Het ideaalbeeld... maar in de praktijk..."* Een kwaliteitsfunctionaris is kritisch over het maakbaarheidsbeeld dat hierachter schuil gaat: *"Het [kwaliteitskader: USBO advies] is wel een stukje cultuur dat van alle kanten op je afkomt, dwingende normen van wat goede zorg is, bijvoorbeeld eigen regie van de cliënt. Er wordt niet neergezet: 'Zorg is ook een worsteling'. In het kader zit ook een deel maakbaarheid. Het gaat ervan uit dat iedereen aan die dialoog kan voldoen. Er is weinig ruimte voor de worsteling en opgave."* Dit geluid krijgt bijval van andere deelnemers in de dialoog. Het maakbaarheidsideaal van eigen regie wordt ook in andere gesprekken ter discussie gesteld. De betreffende kwaliteitsfunctionaris is kritisch op de gevolgen die het gebezigd woordgebruik kan hebben op specifieke groepen, zoals cliënten met moeilijk verstaanbaar gedrag: *"Centraal in het kader staat 'eigen regie'. [...] Een wettelijk vertegenwoordiger maakt afspraken, dat is dan eigen regie.maar dat is geen eigen regie. Welke gevaren zitten daaraan? Daar is geen aandacht voor. Het kader voldoet niet voor die groep, en daar wordt over gezwegen. Het gaat zo om de idealen van burgerschap. Daardoor is er weinig aandacht voor het zoeken naar goede zorg in het hier en nu."* Kortom, het hanteren van bepaalde woorden kan vergaande gevolgen hebben, niet alleen met betrekking tot het uitsluiten van bepaalde groepen, maar ook voor de manier waarop aan kwaliteit gewerkt wordt.

3.5.7 Niet teamreflectie, maar teamontwikkeling, of...

Eén van de vier bouwstenen in het kwaliteitskader betreft de zelfreflectie in teams (bouwsteen 3, zie ook paragraaf 2.2). Het woord 'reflectie' roept bij sommige deelnemers sterk de associatie op

met ‘terugkijken’ terwijl zij in het werken aan kwaliteit graag meer toekomstgericht bezig zijn. Een begeleider suggereerde daarom de term teamontwikkeling: *“Teamontwikkeling is een meer toekomstgerichte term. Reflectie is toch meer terugkijken.”* Tegelijkertijd wordt in een latere werkconferentie met bestuurders, kwaliteitsfunctionarissen en leden van de Stuurgroep ook het woord ‘teamontwikkeling’ ter discussie gesteld. Door de nadruk op ‘team’, wekt deze term erg de suggestie dat teamreflectie of teamontwikkeling zou moeten gaan over de samenwerking binnen het team, over hoe mensen met elkaar samenwerken. De intentie van teamreflectie is echter dat teams systematisch reflecteren op een aantal thema’s met als kernvragen: “Wat doen we goed, wat kan beter?” (VGN, 2017, p.20).

3.5.8 Niet externe visitatie, maar collegiale consultatie

Vergelijkbaar met de opmerkingen over de teamreflectie zijn die over de externe visitatie (bouwsteen 4, zie ook paragraaf 2.2). De term ‘visitatie’ roept bij meerdere deelnemers de associatie met een beoordeling op. Het voorgestelde alternatief, ‘collegiale consultatie’, legt meer de nadruk op het leren met en van elkaar.

3.5.9 Kwaliteitskader, of..?

Tot slot zijn er uitspraken gedaan over de naam van het kwaliteitskader zelf. Het woord ‘kader’ voelt voor sommigen beperkend en roept associaties op met een keurslijf. Een deelnemer omschreef het als volgt: *“We hadden het net over de goede woorden gebruiken... Er zit wel een spanning op het woord kwaliteitskader: binnen een kader werken aan kwaliteit.”* De term ‘kwaliteitskader’ gaat enerzijds over een zeer groot concept waar op verschillende manieren inkleuring aan wordt gegeven – zoals in dit hoofdstuk geïllustreerd. Anderzijds roept het woord ‘kader’ de associatie op van een keurslijf; het inkaderen en inperken van iets wat zo groot en divers is. Het kader is voorschrijvend en mag minder strak, zo is de ervaring.

In onze aanbevelingen in paragraaf 6.1.5 komen we terug op taalgebruik in het kwaliteitskader.

3.6 DEELCONCLUSIE

De bovenstaande paragrafen beschrijven slechts een greep uit de rijkheid van beelden die tijdens de verschillende bijeenkomsten aan bod zijn gekomen. Ieder thema legt nadruk op een ander aspect van kwaliteit; warmte en aandacht, kleine kwaliteit, eigen regie, of samenwerking. Wat de beelden verbindt is dat uit allen een enorme ambitie en gedrevenheid spreekt om het goede te doen. Dit hoofdstuk biedt houvast voor wat er bedoeld wordt met kwaliteit. Dat is van belang in de komende hoofdstukken waarin we bespreken hoe de verschillende betrokkenen de werking van het kwaliteitskader in de praktijk ervaren. In de gevoerde gesprekken stelden we dan ook steeds de vraag: ‘Hoe lukt het om deze beelden van kwaliteit te realiseren?’

4. ‘De praktijk’: De werking van het kader

In dit hoofdstuk beschrijven we hoe het werken met kwaliteit vorm krijgt in de praktijk. In de verschillende dialogen en werkconferenties hebben we – al dan niet expliciet – met de deelnemers gesproken over de vier bouwstenen waaruit het kader is opgebouwd. In dit hoofdstuk beschrijven we per bouwsteen hoe deze vorm krijgt in de praktijk, en hoe het de betrokkenen al dan niet helpt bij het verbeteren van de zorg. Na een meer feitelijke beschrijving van de verschillende wijzen waarop invulling gegeven wordt aan bouwstenen (bv. keuze instrumentarium, frequentie en wijze van gespreksvoering en reflectie) bespreken we per bouwsteen overkoepelende thema's die uit de analyse naar voren kwamen. Uit onze analyse blijkt dat het kader al veel heeft gebracht, dat het geregeld aansluit bij hoe men op de werkvloer bezig is en wil zijn met kwaliteit, en dat het houvast biedt in het werken aan kwaliteit. Tegelijkertijd zien we ondanks alle goede wil ook nog de nodige uitdagingen die werken met het kader met zich meebrengt. Met dit hoofdstuk pogen we recht te doen aan de positieve geluiden, maar aangezien tijdens de gesprekken vooral is stilgestaan bij spanningen, aandachtspunten en soms worstelingen, leggen we daar bewust de nadruk op. Deze evaluatie poogt leren te faciliteren, en juist daarom leggen we bloot waar nog winst te behalen valt.

4.1 ZORGPROCES ROND DE INDIVIDUELE CLIËNT

Bij bouwsteen één ligt de focus op persoonsgerichte zorg. Met persoonsgerichte zorg wordt bedoeld het leveren van zorg die aansluit op de mogelijkheden en de beperkingen van de cliënt. De wensen en behoeften van cliënten zijn daarbij een belangrijk uitgangspunt. Om persoonsgerichte zorg te realiseren is het in gesprek gaan met de cliënt en/of diens directe vertegenwoordiger van belang. Het kader schrijft voor dat de dialoog tussen begeleider en cliënt/vertegenwoordiger resulteert in een ondersteuningsplan dat inzicht geeft in de behoefte aan zorg en ondersteuning, en de rol van het informele netwerk daarin (VGN, 2017, p.16). Het kader gaat als ‘regel’ uit van een halfjaarlijkse evaluatie van dit plan. Na overleg met betrokkenen kan dit ook een jaarlijkse evaluatie zijn (ibid). Voornaamste is dat periodieke evaluatie vanzelfsprekend is en het actuele plan cliënten inzicht geeft in gemaakte afspraken, en zorgverleners ondersteunt in hun handelen.

In deze paragraaf beschrijven we hoe bouwsteen 1 vorm krijgt in de praktijk. We bespreken ten eerste wat er in de ondersteuningsplannen wordt vastgelegd (4.1.1) en hoe gesprekken over het plan worden gevoerd (4.1.2). Vervolgens bespreken we hoe opvolging wordt gegeven aan de

afspraken uit het plan (4.1.3) en gaan we in op een vraagstuk dat voortkomt uit een gesprek over zorgplannen met daarin ontwikkeldoelen en afspraken, namelijk: 'moet het altijd beter?' (4.1.4).

4.1.1 Het ondersteuningsplan: afspraken en doelen

Om te beginnen is er verschil in hoe het plan door organisaties wordt genoemd. Verschillende termen zijn: ondersteuningsplan, zorgplan, werkplan of zingevingsplan. In deze paragraaf wordt de term ondersteuningsplan aangehouden, omdat deze term wordt gebruikt in het huidige kwaliteitskader. In theorie zijn alle organisaties het erover eens dat het ondersteuningsplan een plan is waar afspraken in staan over doelen die de cliënt wil bereiken. In de praktijk wordt hier verschillend invulling aan gegeven. Zo zijn er verschillen in het type doelen en afspraken die in het plan worden vastgelegd, evenals wanneer iets als doel in het ondersteuningsplan wordt opgenomen. Eén organisatie gaf aan dat een doel pas wordt opgenomen in het plan als de cliënt zelf intrinsiek gemotiveerd is om hieraan te werken. Een cliëntbegeleider gaf het voorbeeld van een situatie waar de wijkagent eraan te pas was gekomen, omdat een cliënt structureel geluidsoverlast veroorzaakte in de buurt waar hij woonde door het te hard zetten van zijn muziek. Inmenging van de politie was voor deze organisatie geen signaal om het beperken van overlast als doel op te nemen. De cliënt moet eerst zelf aangeven dat hij last heeft van zijn eigen gedrag: *"Als de cliënt aangeeft dat hij last heeft van dat hij overlast veroorzaakt, kunnen we ermee aan de slag"*, aldus de begeleider.

Uit bovenstaand voorbeeld blijkt een nadruk op eigen regie; in het ondersteuningsplan worden zaken vastgelegd waar de cliënt mee aan de slag wil (of niet, zie daarvoor ook 4.1.2). Daarbij komen in verschillende gesprekken ook de grenzen aan de eigen regie aan bod. Niet elke cliënt is in staat om zelf doelen te formuleren om aan te werken; vooral voor mensen met een ernstige meervoudige beperking is het ingewikkeld om te spreken in termen van 'doelen'.

Ook de rol van verwanten in het opstellen van het ondersteuningsplan en meedenken over (haalbare) doelen is een veel besproken onderwerp. Zo geeft een ouder aan dat bij de organisatie waar zijn dochter zorg en ondersteuning krijgt de cliënt echt centraal staat en eigen regie hoog in het vaandel staat, *"op dat punt ben ik tevreden"* aldus deze ouder. Maar er is bij ouders ook zorg over het goed betrekken van hun mening. Zo had de dochter van deze ouder samen met haar begeleiders tot doel gesteld om zelfstandig met de trein te kunnen reizen. Hoewel deze vader inziet dat zijn dochter veel kan, is het zonder begeleiding reizen met bus en trein naar familie wel echt een punt van zorg. In dergelijke situaties wordt de spanning tussen de verschillende perspectieven binnen de driehoek cliënt, begeleider, ouder goed zichtbaar. Volgens meerdere ouders die we spraken mag in het zorgproces rondom de cliënt nooit de driehoeksrelatie over het hoofd worden gezien. De ouder brengt een ander belangrijk perspectief in en *"de cliënt heeft niet altijd de capaciteit om dat [wat als doel is opgenomen: USBO advies] te doen."*

4.1.2 Gespreksvoering rondom het zorgproces

Uit de verschillende gesprekken blijkt dat de manier waarop het zorgplan tot stand komt, en wie daarbij betrokken is, sterk verschilt. Binnen de ene organisatie wordt een breed team betrokken (cliënt, gedragsdeskundige, unitleider, huisarts, verwanten, etc.) om het aantal overlegmomenten tussen de verschillende betrokkenen te beperken. Binnen de andere organisatie wordt het belangrijk gevonden dat alleen mensen betrokken zijn die de cliënt en zijn plan écht kennen. Binnen weer een andere organisatie worden deze gesprekken gevoerd tijdens een informele setting tussen de begeleider en de cliënt, bijvoorbeeld tijdens het vouwen van de was. Het verschilt per organisatie welke begeleider het één-op-één gesprek voert: de vaste begeleider, de begeleider waar de cliënt de beste klik mee heeft of de begeleider waar de cliënt niet primair van afhankelijk is. Naast de samenstelling van de gesprekken rondom het ondersteuningsplan, is ook grote variëteit te zien in de frequentie van de gesprekken. Bij sommige organisaties vinden gesprekken jaarlijks plaats, terwijl anderen maandelijks of wekelijks het ondersteuningsplan erbij pakken voor evaluatie. Meerdere betrokkenen geven daarbij aan dat het ondersteuningsplan vooral geen vaststaand document moet zijn, maar een dynamisch document.

4.1.3. Een plan, en dan?

Veel deelnemers onderschrijven dat het ondersteuningsplan medewerkers houvast biedt. Het plan geeft inzicht in de specifieke wensen en behoeften van cliënten, wat begeleiders beter in staat stelt om persoonsgerichte zorg te bieden (zie ook hoofdstuk 3). Daarnaast is het ondersteuningsplan een belangrijk instrument in het omgaan met een grote uitdaging binnen de sector; groot verloop van medewerkers (zie voor een uitwerking hiervan ook paragraaf 6.2.3). Omdat veel aanbieders zich genooddaakt zien om flexwerkers in te zetten, is het zorgplan een welkome ondersteuning voor begeleiders die een cliënt nog niet (goed) kennen. Het is echter nog niet altijd makkelijk om opvolging aan het plan te geven. Het geeft slechts hele basale aanknopingspunten en zorgverlening behelst veel meer dan in een plan kan worden gevat. Cliënten spreken dan ook hun zorgen uit over frequente wisselingen in begeleiders, iets wat zij als onprettig ervaren.

Daarnaast is het plan slechts een startpunt voor goede zorgverlening. Voor de uitvoering ervan is goede communicatie binnen het team van groot belang. Een vader vertelt hoe in het ondersteuningsplan van zijn dochter het doel om zelfstandig de route te lopen naar de supermarkt en haar ouders was opgenomen. Het stond prachtig op papier, maar *“door de matige communicatie binnen het team is het doel verwaterd.”*

4.1.4 Moet het altijd beter?

Het ondersteuningsplan is gericht op de ontwikkeling van de cliënt. Uit gesprekken over ontwikkeldoelen en afspraken rijst een meer fundamentele vraag, namelijk: ‘moet het altijd beter?’ Als een cliënt aangeeft tevreden te zijn, waarom moet hij of zij dan streven naar verbetering? De zorgorganisaties ervaren daarbij niet allemaal dezelfde vrijheid omtrent het plan. De ene organisatie ervaart het ondersteuningsplan als dwingend door gevoelde druk vanuit de inspectie en zorgkantoren. Het idee bestaat bij hen dat ontwikkelingsgerichte aspecten in het plan verwerkt moeten worden. Andere organisaties weten door een creatieve aanpak op dit punt juist ruimte te

creëren. Zo zijn er organisaties die ervoor kiezen om in het ondersteuningsplan doelen op te nemen die minder gericht zijn op ontwikkeling: *“Er mogen bij ons ook doelen op staan als ‘Ik wil een dagje naar de Efteling’. Het zijn allemaal volwassenen. Waarom zou iemand altijd alles moeten leren of verbeteren?”* zei een begeleider hierover. Eén van de organisaties heeft in samenspraak met het betrokken zorgkantoor de pilot ‘leven zonder plan’ ontwikkeld (zie voor een uitwerking kader 2 in paragraaf 3.2). De pilot is expliciet bedoeld voor een specifieke cliëntengroep, waarbij de organisatie aangeeft dat veel cliënten juist wel baat hebben bij een zorgplan. Maar, voor cliënten die door eerdere negatieve ervaringen uitdrukkelijk geen plan willen wordt er in samenspraak met het zorgkantoor gezocht naar manieren om hier gehoor aan te geven.

4.2 ONDERZOEK NAAR CLIËNTERVARINGEN

De tweede bouwsteen van het kwaliteitskader stelt het perspectief van de cliënt centraal. Door cliënten te vragen naar hun ervaringen met de geboden zorg en ondersteuning (bijvoorbeeld “Wat gaat er goed?” en “Welke tekorten zijn er nog?” (VGN, 2017, p.17)) krijgen organisaties inzicht in de kwaliteit van bestaan van cliënten. De uitkomsten van cliëntervaringsonderzoeken kunnen zorgorganisaties gebruiken in het verbeteren van hun zorg op drie niveaus; dat van de individuele cliënt, het niveau van de locatie, en het niveau van de organisatie (VGN, 2017). Om op systematische wijze cliëntervaringen te onderzoeken, biedt de VGN een waaier die bestaat uit 11 erkende instrumenten¹¹. Organisaties zijn vrij om een instrument uit de waaier te kiezen die het beste aansluit bij de organisatie en de cliëntgroepen die zij bedient. Ieder instrument bevat vragen die begeleiders als leidraad kunnen gebruiken in het gesprek. Het kader vraagt organisaties om minimaal eens per drie jaar met gebruik van een instrument uit de waaier het gesprek met cliënten te voeren over kwaliteit.

In deze paragraaf beschrijven we hoe bouwsteen 2 vorm krijgt in de praktijk. We bespreken ten eerste welke instrumenten voor ervaringenonderzoek uit de waaier worden gebruikt in de instellingen die deelnamen aan het onderzoek, waarna we dieper in gaan op het hoe, waarom, en wanneer van cliënttevredenheidsonderzoek. Vervolgens bespreken we een aantal thema’s die laten zien dat het onderzoeken van cliëntervaringen soms een zoektocht is. Zo is het ingewikkeld om instrumenten te vinden die goed aansluiten bij de verschillende doelgroepen (4.2.3). Daarnaast blijkt uit onze analyse dat ook de opvolging van cliënttevredenheid uitdagingen met zich mee brengt; Wat zeggen dergelijke resultaten nu eigenlijk en wat moet je er mee? (4.2.5)

4.2.1 Een veelheid aan instrumenten

Voor het uitvoeren van cliëntervaringsonderzoek hebben de instellingen de keuze uit een waaier van 11 erkende instrumenten. Bij de introductie van het kwaliteitskader in 2017 waren er 8 erkende instrumenten, in de loop der tijd zijn meerdere instrumenten door een onafhankelijke Commissie

¹¹ Recent heeft de Commissie van Deskundigen die zich buigt over de instrumenten in de waaier advies uitgebracht aan de VGN. Het advies richt zich op de reikwijdte van de instrumenten, het verlagen van de beoordelingsfrequentie van instrumenten naar tweejaarlijks, alsmede instrumentarium dat specifiek gericht is op mensen met Ernstig Meervoudig Beperkten (EMB). Het bestuur van de VGN heeft dit advies aangenomen.

van Deskundigen beoordeeld en geschikt bevonden (VGN, 2018).¹² Het ontwikkelen en bijschaven van instrumenten voor het meten van cliëntervaringen is een voortdurend proces.¹³ Zo is het instrument 'Dit vind ik ervan – ik toon' toegelaten tot de waaier 2017-2019 (ibid). Van de 7 organisaties die wij in fase 2 van het onderzoek hebben 'bezocht' maken er drie gebruik van 'Dit vind ik ervan!', twee van 'Ben ik tevreden', één van de 'Quality Cube' en één van 'Onze cliënten aan het woord'. Eén van de instellingen die gebruik maakte van 'Dit vind ik ervan!' experimenteert tevens met 'Dit vind ik ervan! – ik toon'. Dit instrument is ontwikkeld om recht te doen aan een doelgroep met complexe problematiek die niet in staat is om ervaringen te verbaliseren (zie ook 4.2.3).

Veel organisaties geven aan waarde te hechten aan de informatie uit cliëntonderzoek, omdat het hen in staat stelt om systematisch te onderzoeken wat goed loopt en wat beter kan. Tegelijkertijd wordt de waarde van gevalideerde vragenlijsten genuanceerd: Medewerkers geven aan dat je met het afnemen van vragenlijsten weliswaar cliënten aan het woord laat, maar dat iets is wat niet alleen op vaste momenten een plek moet krijgen. Het hoort een constante te zijn.

Omdat instellingen vaak verschillende cliëntgroepen bedienen (zoals cliënten die niet allen vallen onder de Wlz), maken sommige onderdelen, bijvoorbeeld woonlocaties, wel gebruik van instrumenten uit de waaier en andere, bijvoorbeeld dagbesteding, niet. Daar steken ze dergelijke gesprekken meer open in en krijgen de cliënten dus te maken met meer uiteenlopende manieren waarop naar hun tevredenheid wordt gevraagd.

Uit de gesprekken blijkt verder dat de instrumenten uit de waaier niet op zichzelf staan. De veelheid aan instrumenten waarmee zij geacht worden te werken wordt door meerdere deelnemers aan de dialogen opgemerkt. Zo stelde een locatiemanager: *"Bij 'Dit vind ik ervan!' zijn we in gesprek gegaan met de landelijke Stuurgroep. We hebben 'de onderzoekende dialoog' 'het moedige gesprek' en 'de geweldloze communicatie'; het is alle drie hetzelfde!* Door het verplichtende karakter van verschillende vragenlijsten wekt het bij medewerkers al snel de indruk dat zij iets 'moeten'. Zo stelt een medewerker dat vanuit de IGJ en VGN ook wordt gevraagd om de MediQuest vragenlijst: *"Waar hebben we het voor?" "Misschien is het bedoeld om organisaties te vergelijken."*

4.2.2. Hoe, waarom, wanneer?

Het kader beschrijft dat instellingen minimaal eens in de drie jaar de ervaringen van cliënten systematisch moeten onderzoeken (VGN, 2017, p.18). In de praktijk wordt hier verschillend invulling aan gegeven. Zo is er een enkele organisaties die ernaar streeft eens per kwartaal de vragenlijst te gebruiken, *"maar dat is niet altijd haalbaar"*, terwijl een frequentie van eens per jaar of eens per twee jaar gebruikelijker is. In het spreken over het 'wanneer' van het meten van cliënttevredenheid benadrukken medewerkers dat de instrumenten uit de waaier op geijkte momenten worden

¹² <https://www.vgn.nl/nieuws/beoordeling-waaier-clientervaringsinstrumenten-2017-2019>

¹³ Getuige het recente advies van de Commissie van Deskundigen; de instrumenten in de waaier - alsmede de wijze waarop deze worden doorontwikkeld en beoordeeld - worden systematisch gemonitord.

gebruikt, maar dat het onderzoeken van tevredenheid vooral een dagelijkse bezigheid is: *"Als het goed is gebeurt dat continu"*.

Cliënten zetten hun vraagtekens bij de frequentie waarmee aan de hand van instrumenten uit de waaier naar hun tevredenheid wordt gevraagd. *"Ik ben tevreden en anders zeg ik het toch wel"*, zegt een cliënt. Naast de frequentie kan een situatie waarin het meten van cliënttevredenheid "moet" weerstand oproepen. Een cliënt vertelt dat hij op zijn vorige woonlocatie het gesprek heeft geweigerd. Zijn onvrede ging over het gebrek aan ruimte die hij ervoer bij het kenbaar maken van zijn eigen wensen en behoeften; *"ze hamerden te veel door. Ze vroegen bijvoorbeeld: 'Kun je genoeg doen met je familie?' Dan zei ik 'Ja, er is genoeg contact' en dan zeiden ze 'Het kan altijd beter' en dan had ik er geen zin meer in!"* Vanuit de instelling moest hij meewerken aan het cliënttevredenheidsonderzoek, maar als hij dat niet wilde werd de input uit het vorige jaar geknipt en geplakt.

Ook wie dit gesprek voert met de client verschilt. In alle door ons bezochte organisaties is het uitgangspunt in dat de vaste begeleider "in principe" niet het gesprek over tevredenheid voert. Sommige organisaties kiezen er expliciet voor om de cliënt aan te laten geven met wie hij of zij dit gesprek wil voeren: *"Het gesprek wordt gedaan met degene waarbij de cliënt zich het meest vertrouwd voelt."* In een aantal organisaties zijn het niet de begeleiders die gesprekken voeren, maar zijn er speciaal mensen voor aangewezen die er training voor hebben gevolgd (zie ook 4.2.4). Bij de Quality Cube is de werkwijze anders; zowel begeleider als cliënt vullen een vragenlijst in, die input is voor gesprek en leidt tot een individuele verbeterkaart.

Naast het 'wanneer en hoe' is vooral het 'waarom' een punt van aandacht. Een cliënt gaf al aan dat het onderzoeken van cliënttevredenheid vooral iets is wat 'moet', en deze ervaring sluit aan bij de ervaring van medewerkers die we spraken. Hoewel in de breedte het ophalen van cliëntervaringen wordt gewaardeerd, stuiten medewerkers in de uitvoering op een aantal barrières die maken dat het onderzoeken van cliëntervaringen toch vooral als een verplichting voelt. Een begeleider zegt hierover: *"Dit vind ik ervan'; Ik vind het draconisch! Het idee dat er achter zit, perfect! Maar je zou er zo veel meer uit kunnen halen. Nu is het een 'moetje' en je kan deze informatie niet kwijt in het ECD. De lijst van 'dit vind ik ervan' moet je elk jaar afsluiten. Het schiet zijn doel voorbij."* Wanneer de vragenlijsten niet makkelijk geïntegreerd kunnen worden met het ECD, is het lastig te koppelen aan de andere informatie en wordt het nog meer gevoeld als een lijst die ieder jaar moet worden afgevinkt.

Daarnaast is er een financiële prikkel die ervoor kan zorgen dat het middel belangrijker wordt dan het doel. Omdat de instrumenten een financiële investering vragen van de zorgorganisaties, kunnen met name de kleinere instellingen geneigd zijn om te kiezen voor een goedkopere variant, die niet per se beter past bij de organisatie. Tijdens een werkconferentie zij iemand hier het volgende over: *"Een collega gaf aan dat je moet kiezen voor een instrument en dat kost de organisatie veel geld. Dan ga je voor de goedkopere weg, is dat dan wat je doel is? Je moet het doel voor ogen houden."* Hoewel de gedachte achter het onderzoeken van cliëntervaringen breed wordt gedragen, lijkt dat het onderzoeken van die ervaringen in de praktijk nog met regelmaat zijn doel voorbij schiet.

4.2.3 Past (niet) als een handschoen

Hoewel instellingen de vrije keuze hebben in het kiezen van instrumenten uit de waaier, blijkt het vaak ingewikkeld een passend instrument te vinden. Diversiteit in cliëntgroepen maakt het voor instellingen erg ingewikkeld om één instrument uit de waaier te hanteren dat toepasbaar is op de verschillende cliëntgroepen die ze bedienen, waarbij het inzetten van verschillende instrumenten ook financiële consequenties heeft (zie sub paragraaf hierboven). Een veel gebruikt instrument, 'dit vind ik ervan', lijkt weliswaar goed aan te sluiten bij een grote groep licht verstandelijk beperkten, maar is voor cliënten die ambulante ondersteuning ontvangen "te kinderachtig", en voor ernstig meervoudig beperkten (EMB) niet uitvoerbaar. Voor deze laatste groep is er een variant ontwikkeld (dit vind ik ervan – ik toon) maar medewerkers missen de koppeling met LACCS. Deze methodiek richt zich op vijf belangrijke gebieden (Lichamelijk welzijn, Alertheid, Contact, Communicatie, Stimulerende tijdsbesteding) waar begeleiders die werken met deze groep veel aandacht aan besteden.

De instrumenten bevatten wel vragen waar men het nut niet van inziet, en missen vragen die wel als relevant worden geacht. Een cliënt met een lichte beperking ervaart de 'Ben ik tevreden' vragenlijst zelfs als een inbreuk op zijn persoonlijk leven. Hij zegt hierover: "Sommige dingen hoef je van mij niet te weten. Er was een vraag: Heb je een partner? Hoe vaak doen jullie het? Hoe laat ga je naar bed? Wat is daar het nut van?" Wat de betreffende cliënt mist in het spreken over cliënttevredenheid, zijn vragen over dingen waar hij zich wel mee bezig houdt, namelijk hoe de organisatie functioneert en wat hij bijvoorbeeld vindt van de Raad van Bestuur. Ook door stafmedewerkers van deze organisatie werd erkend dat dergelijke vragen niet goed aansluiten bij de doelgroep en erkennen dat de instrumenten soms vragen bevatten die sturend zijn. Sommige cliënten scoren bijvoorbeeld laag op vrije tijd, maar niet alle cliënten willen een groot sociaal leven. "Het is belangrijk om ook de vraag te stellen aan de cliënt waar hij/zij behoefte aan heeft", aldus een medewerker. Ook een andere begeleider mist de openheid in de gesprekken. Volgens haar zijn de richtlijnen wel fijn om stil te staan bij al die punten, maar moet het gesprek een meer open einde kunnen krijgen: "Heb je alles kunnen delen wat je wilde delen?"

4.2.4 Cliëntervaringen onderzoeken is niet eenvoudig

Uit de ervaringen van medewerkers met doen van tevredenheidsonderzoek blijkt dat zij veelal dicht bij de vragenlijst blijven zoals geïndiceerd in het instrument. De verwoording "afnemen van vragenlijsten" geeft aan dat medewerkers soms worstelen met het goed gebruiken van instrumenten uit de waaier. Ze voeren op dagelijkse basis gesprekken met cliënten om te onderzoeken of ze "goed in hun vel zitten", maar een gevalideerde vragenlijst wekt al snel de suggestie dat de vragen heel rigide zijn, terwijl het kader juist poogt dialoog te stimuleren (VGN, 2017, p.19). Bij meerdere organisaties is veel aandacht voor het toerusten van hun medewerkers om inderdaad de dialoog te kunnen voeren. Meerdere bestuurders erkennen dat het onderzoeken van cliëntervaringen met een instrument "uitdagend" is. Ook kwaliteitsadviseurs werkzaam bij de verschillende zorgkantoren erkennen dat medewerkers scholing nodig hebben om dergelijke gesprekken goed met de cliënten te kunnen voeren. Om het onderzoeken van cliëntervaring te verbeteren, zetten meerdere organisaties in op extra training en ondersteuning, variërend van het aanbieden van E-learning tot het creëren van nieuwe banen. Een manager zegt hierover "We lopen

er tegenaan dat er constant scholing bij nodig is [...] Het heeft ons tot nu toe enorm veel gekost. We hebben er zelfs 'banen' door gecreëerd; trainers en coaches.

4.2.5 Wat zegt het nu?

Hoewel alle organisaties die we hebben gesproken gebruik maken van het instrumentarium uit de waaier, blijft voor velen nog twijfelachtig wat de informatie uit cliënttevredenheidsonderzoek hen nu precies leert. De reflecties gaan veelal over het interpreteren van de uitkomsten. Zo was een moeder erg kritisch over de interpretatie die degene die het gesprek afnam gaf aan de uitkomsten van het gesprek met haar dochter. Hoewel haar dochter destijds helemaal niet tevreden was met de zorg die ze kreeg, kwam uit het gesprek een 8 of 9. *"Het gaat om de verstaalslag van wat je hoort"*, aldus deze moeder. Naast zorgen om de interpretaties op individueel niveau, worstelen organisaties met het interpreteren van de uitkomsten van cliëntervaringsonderzoek op organisatieniveau. Een van de instellingen merkte dat de *response rate* zeer laag was, maar de uitkomsten zeer hoog. Wat zegt dat nu precies? Er bestond toen geen mogelijkheid om anoniem deel te nemen aan cliëntervaringsonderzoek. Nu die optie er om het jaar wel is, is de *response rate* gestegen, en zijn de goede uitkomsten gebleven.

Verder wordt de vraag gesteld of het onderzoeken van tevredenheid überhaupt tot de mogelijkheden behoort. Een bestuurder is kritisch: *"We moeten volgens het kader natuurlijk tevredenheidsonderzoek doen, van daaruit denken we dat 'dit vind ik ervan' het meest bruikbaar. We vinden het sowieso twijfelachtig. Over je nieuwe telefoon kun je een oordeel geven (een 7 of 8), maar voor mensen waarvan hun hele leven is ingebed in de zorg, ga je dus eigenlijk ook vragen hoe tevreden ben je met je leven, dat is verweven. Het is niet in cijfers te vatten. Het moet wel heel naar zijn wil iemand een 4 geven, de meesten komen op een 7 of 8 uit. Het hele idee van een tevredenheidsinstrument is heel lastig. Bij 'dit vind ik ervan' kun je je afvragen of het nou echt tevredenheidsinstrument is. Het is wel een manier om de cliënt aan het woord te laten."* Ook de kwaliteitsfunctionaris van dezelfde organisatie betwist de meerwaarde van cliënttevredenheidsonderzoek voor het leren en verbeteren in de organisatie, maar ziet het wel als een manier om verantwoording af te leggen: *"Het is wel een manier om met de buitenwereld om te gaan."* Ook voor een bestuurder van een andere organisatie is het doen van cliënttevredenheidsonderzoek sterk gelinkt aan verantwoording: *"Het gaat erom dat het gesprek wordt gevoerd, maar het is ook een stukje verantwoording. [...] We moeten het wel laten terugkeren in de planning en control cyclus. De uitkomsten zijn voor een bestuurder indicatief, maar waar staat het cijfer voor?"* Deze uitspraak laat zien dat hoewel men in de praktijk de ambitie heeft om het goede gesprek te voeren, een gevoelde verantwoordingsdruk maakt dat men over de uitkomsten rapporteert en deze probeert te verwerken in de PDCA cyclus, terwijl er ook twijfels zijn over wat de uitkomsten nu precies zeggen, over de individuele cliënt en over de organisatie als geheel.

Voor een aantal cliënten blijft onduidelijk wat zij nu precies hebben aan de uitkomsten van cliëntervaringsonderzoek. Ze doen mee, en veelal vaker dan hun lief is (*"Ik wil liever de dagelijkse dingen bespreken."*) Maar ze zien er lang niet altijd iets van terug in hun eigen realiteit. Sommige cliënten geven aan dat de uitkomsten van bijvoorbeeld 'dit vind ik ervan' naar tevredenheid worden gebruikt in het bijstellen van hun ondersteuningsplan, maar anderen horen er niets meer over. Dit geldt met name voor cliënten die als gevolg van personeelstekorten en een sterk verloop (zie ook

hoofdstuk 6) – één cliënt sprak over zijn zesde persoonlijk begeleider in twee jaar – geen terugkoppeling zien van hun input.

4.3 ZELFREFLECTIE IN TEAMS

Bij de derde bouwsteen staat het doen van systematische teamreflectie met het vaststellen van ontwikkelpunten centraal. Doel van deze minimaal jaarlijkse reflectie is om te werken aan kennis en competenties. De reflectie is bedoeld ten behoeve van de betrokkenheid en bekwaamheid van de medewerkers op de lange termijn. Zorgteams reflecteren dus als het goed is periodiek op kwaliteit, formuleren op basis daarvan ontwikkelpunten en leggen die vast in een beknopt overzicht. In de gesprekken kwamen diverse aspecten van de teamreflecties ter sprake die we in de volgende sub paragrafen zullen toelichten. Allereerst de variatie in vorm en frequentie van de teamreflecties (4.3.1), vervolgens het belang van het faciliteren van teamreflecties (4.3.2) en de mate waarin de teamreflecties als verplichting gevoeld worden (4.3.3).

4.3.1 Teamreflecties variëren in vorm en frequentie

Allereerst lijkt de associatie met de term teamreflectie te variëren en dit draagt bij aan de uiteenlopende antwoorden die soms vooral gaan over meer cliënt gerelateerd overleg en soms over het leren en daartoe reflecteren als team (*“Teamreflectie is een zoektocht met drie kernvragen: Waar ben je trots op? Wat gaat goed? Wat zou je willen verbeteren?”* aldus een teammanager) en soms over een combinatie van beiden. Een kwaliteitsfunctionaris zegt hierover: *“Het is belangrijk te benadrukken dat teamreflecties vooral gaan over wat je met elkaar doet en of dat leidt tot goede zorg. Het gaat dus niet zozeer om hoe werk je samen?”*

Diverse zorgmedewerkers geven aan dat teamreflectie eenmaal per jaar dient plaats te vinden en dat dit als een ‘moetje’ ervaren wordt. Anderen vinden het een waardevol instrument mits het goed vormgegeven is. Weer anderen geven aan dat teamreflectie een continu proces zou moeten zijn, een cultuur waarin je van elkaar en met elkaar leert. *“We moeten reflecteren. Het zou vanzelfsprekend moeten zijn!”* Teamreflecties worden in de praktijk ook op diverse wijzen vormgegeven, variërend van op dagelijkse basis, tot wanneer er behoefte aan is, tot vaste momenten met variërende frequentie tot een jaarlijks moment.

Zorgmedewerkers vinden het van belang dat de onderlinge lijntjes, bij welke vorm dan ook, kort zijn en dat je makkelijk met elkaar kunt afstemmen indien nodig. De zorgmedewerkers die wij spraken ervaren dat die lijntjes met collega’s in de praktijk over het algemeen ook kort zijn. In veel gevallen wordt gebruik gemaakt van een app groep waarin zaken snel kortgesloten kunnen worden. *“Binnen de app kun je sparren over wat je kan doen als er iets gebeurd is”* aldus een zorgmedewerker. Snel schakelen is voor de zorgmedewerkers die wij spraken *common practice* en dit wordt als heel belangrijk ervaren. Het gaat daarbij om zaken als ‘hoe gaat het?’, ‘wat zijn we aan het doen?’ en ‘wat zijn de dilemma’s?’ *“Iedereen kan een teamoverleg inzetten in plaats van dat we op vaste dagen kernteam overleggen hebben. Zo stappelen er weinig dingen op”. “Er gebeurt zoveel in één jaar. 1-jaarlijkse reflectie is te weinig. Je moet blijven evalueren”.*

Hoewel het bij deze overleggen vooral lijkt te gaan over meer reguliere, cliënt gerelateerde, zaken wil dit niet zeggen dat deze meer client georiënteerde overleggen niet bijdragen aan de versterking van kennis en competenties. Zo zegt een teammanager: *“Reflectie is ook in het vaste teamgesprek ingebed.”*

4.3.2 Het faciliteren van teamreflecties is van belang

Met regelmaat zoeken teams echter nog naar goede manieren om met elkaar te reflecteren. Het reflecteren op elkaars functioneren wordt bijvoorbeeld vaak lastig gevonden. Het risico is dan dat het blijft bij het bespreken van cliënten, terwijl de wijze van werken minder aandacht krijgt. *“Er lijkt een onbewuste angst te zijn over praten het eigen handelen. Bij de terugkoppeling zei iedereen: het gaat nu goed. In plaats van dat er werd gevraagd: hoe komt het dat het nu goed gaat?”* zo zei een cliëntbegeleider. Het is daarom van belang dat teamleiders geholpen worden bij het vinden van werkvormen die goed passen bij de thema’s waar ze het over moeten hebben. Een teamleider zegt hierover: *“Ik heb best vaak het idee dat we ons eigen wiel aan het uitvinden zijn.”*

Om de teamreflectie goed vorm te kunnen geven en verder te brengen dan het bespreken van cliënten bieden veel instellingen scholing, begeleiding en supervisie aan. Zowel begeleiding op het goed voeren van deze gesprekken als het voeren van het goede gesprek is van belang. *“Je moet de teams handvatten geven over waar ze het mogelijk over kunnen hebben in de teamreflecties”.* Een kwaliteitsfunctionaris geeft aan: *“Het is belangrijk om goed in gesprek te gaan met de team managers over de uitkomsten van de reflectie. Dan gaat het er echt om hoe kom je verder, wat doe je er nu echt mee?”* Deze ontwikkelmogelijkheden zijn door de Coronacrisis overigens wel onder druk komen te staan; *“We hadden studiemiddagen maar door Corona zijn die er niet meer, dat wil ik terug.”* aldus een zorgmedewerker. *“Het hele cluster bij elkaar gaf weer een hele andere manier van intervisie en teambuilding. Echt jammer dat dat nu niet kan.”* zo zegt een teammanager.

Er zijn tijdens de dialogen en werkconferenties diverse *practices* gedeeld die bij instellingen worden gehanteerd om te komen tot goede teamreflectie. *“We hebben een jaar lang mooie verhalen aan elkaar verteld. Ook werd in teamgesprekken feedback aan elkaar gegeven.”* aldus een zorgmedewerker. Elders werd een uitgebreid canvas neergelegd. Daarop schreven de teamleden waar ze als team aan wilden werken. *“Zo kunnen ze de volgende keer terugkomen op het canvas wat er al lag: wat is er gelukt? Waarom is het niet gelukt? Wat is daarvoor nodig? En dan kunnen ze een nieuw canvas beschrijven met nieuwe doelen.”* zo beschrijft een gedragswetenschapper.

Een zorgmedewerker geeft aan: *“Wij bespreken iedere 6 weken de voortgang. Er is ook intervisie. Je krijgt een lijstje in je agenda en er wordt van je verwacht dat je die agenda vrijhoudt voor deze bijeenkomsten. En dat wil je ook want het is nuttig. Intervisie gaat ook over wat je met elkaar wilt.”* Daarbij wordt door diverse deelnemers aan de dialogen aangegeven dat het perspectief van de verschillende stakeholders (cliënten, verwanten maar ook inspectie en zorgkantoren) met enige regelmaat betrokken dient te worden.

“Uiteindelijk gaat het om het samen creëren van een cultuur van leren en reflecteren zonder dat er sprake is van ritualisering. En dat vergt begeleiding en aandacht”, zo benadrukt een kwaliteitsfunctionaris. Teamleiders spelen daarin een belangrijke rol en moeten daartoe toegerust worden met werkvormen hoe ze het gesprek goed kunnen leiden in het team om dit samen leren te faciliteren. Gedragswetenschappers kunnen daar ook een belangrijke rol in spelen als coach voor het team. Daarbij is het bijvoorbeeld van belang om de bevindingen uit de teamreflectie ook weer aan de teamleden terug te koppelen zoals gebeurt in het voorbeeld hierboven waarbij met een terugkerend canvas gewerkt wordt. “Eerst ging het [de bevindingen van het team: USBO advies] gelijk naar beleid en kwaliteit en nu wordt het eerst met de collega’s gedeeld.”

Al met al wordt het van belang geacht dat teamleiders zowel procesmatig als inhoudelijk goede begeleiding krijgen in het vormgeven van de teamreflecties en in het terugkoppelen van en blijven werken met de reflecties. Dit punt is overigens eerder ook geconstateerd in onder meer de evaluatie van de proeftuinen door Bosman & Vos (2016).

4.3.3. Verplicht nummer versus ruimte in teamreflectie

Voor diverse respondenten voelt de jaarlijkse teamreflectie als een verplicht en vormvast nummer getuige de onderstaande citaten: *“De eerste keer denk je; leuk gaan we doen. Maar het laatste jaar is het heel druk geweest met corona,. En dan moet er ineens een teamreflectie worden ingevuld. En dan moet ook ‘huis op orde’ ingevuld. Je wilt gewoon goede zorg leveren!”* zo zegt een zorgmedewerker. *“Het moet op tijd binnen zijn en het wordt er daarom vaak doorheen gejast. Daar zit wel spanning. Teamreflectie is een formulier invullen. Op de computer. Je kunt er wel creatief in zijn (filmpje) maar als je de tijd er niet voor hebt wil je alleen dat dat ding weg gaat.”* zo zegt een andere zorgmedewerker. Ook de volgende kwaliteitsfunctionaris geeft aan hoe deze bouwsteen als een strak keurslijf wordt ervaren: *“Het kwaliteitskader stelt eisen aan de reflectie. Veel teams zijn gaan reflecteren of deden interview, maar als één van de criteria niet geraakt is, dan is het gelijk een mislukte teamreflectie.”*

Anderen herkennen zich niet zozeer in dat beeld en geven aan dat deze vorm van reflecteren in hun ogen een duidelijke functie geeft. *“Ik zie teamreflectie ook als ‘nu gaan we het succes vieren van afgelopen jaar’. Wat was succes en hoe komt dat en hoe kunnen we dat toepassen.”* aldus een teammanager. *“Wij vinden het heel leuk. We hebben een paar jaar een andere manager, die is ook niet braafste van de klas en doet het op haar manier. Zij vraagt dan; waar hebben jullie behoefte aan; regel het maar. Afgelopen jaar hebben we ‘over de streep gedaan’ ”,* aldus een zorgmedewerker.

Verder geven diverse zorgmedewerkers aan dat ze de waarde van de reflectie zeker ook zien en ervaren, maar dat gevoeld wordt dat de vorm te dwingend is. Dit lijkt vooral te gaan over de verwoording in het kwaliteitskader dat er minstens eenmaal per jaar een teamreflectie moet plaatsvinden en dat de teams daarmee naast hun reguliere werkoverleg ook tot systematische reflectie komen, aan de hand van landelijk vastgestelde thema’s. Reflectie ten behoeve van het verder professionaliseren wordt door de respondenten als zeer belangrijk ervaren maar de vormaspecten worden met regelmaat als eisen opgevat. *“Reflectie is heel mooi, het gaat om zelf invulling aan geven aan je professionalisering. Maar het is wel in een keurslijf geperst.”* *“We doen niet anders, maar dat het gedocumenteerd moet worden staat erg tegen.”* zegt een zorgmedewerker.

Uit een publicatie van de IGJ uit 2018 blijkt overigens dat de inspectie geen publicaties op teamniveau verwacht. De inspectie verwacht wel van de bestuurders dat zij zelf zicht hebben op het functioneren van de teams en de inspectie daarover, als zij daarom vraagt, kunnen informeren (IGJ, 2018).

Bovendien geven meerdere respondenten aan dat echte reflectie iets anders is dan een jaarlijkse teamreflectie. *“Het kader heeft reflectie hoog in het vaandel staan, maar dit gaat om 1x per jaar reflecteren, dat is iets anders dan een reflectieve cultuur.”* zegt een zorgmedewerker. Om te komen tot een lerende en reflectieve cultuur is het van belang aan te sluiten bij wat er al is aan reflectie- en afstemmingsmomenten. Daarbij is het van belang dat het doel ervan goed wordt toegelicht mocht dat nog vragen oproepen. ‘Wat is het?’ en ‘Waarom doen we het?’ en ‘Hoe doen we het?’ *“Bespreek dat reflectie niet iets is wat moet, maar dat je er echt iets aan hebt. Het “oh!” effect komt pas als het goed wordt toegelicht. Nu is het vaak een moetje.”* aldus een teammanager. Het is daarbij wel goed te realiseren dat wanneer je continu reflecteert en je dus een echte lerende cultuur hebt, dit vaak lastig is om aan te tonen. Hier staan leren en verantwoorden op gespannen voet.

4.4 KWALITEITSRAPPORT EN VISITATIE

Zoals aangegeven in hoofdstuk 2 gaat het bij de vierde bouwsteen om het vastleggen van de informatie uit de eerste drie bouwstenen. Het kwaliteitsrapport is bedoeld om vast te stellen op welke punten gewerkt gaat worden aan verbetering van de zorg. Daartoe komt aan bod wat er goed gaat en wat er beter kan. Ook het organiseren van externe visitatie is een onderdeel van deze bouwsteen. In deze paragraaf komen de volgende zaken aan bod. Allereerst wordt beschreven hoe de deelnemers aan dit onderzoek aankijken tegen het doel en de doelgroep van het kwaliteitsrapport (4.4.1), vervolgens wordt kort ingegaan op het proces van totstandkoming (4.4.2) en de timing en frequentie van verschijnen van het rapport (4.4.3). Daarna wordt meer specifiek ingegaan op de uitdagingen met betrekking tot het aggregatieniveau van het kwaliteitsrapport (4.4.4). Tot slot beschrijven we de bevindingen met betrekking tot de externe visitatie (4.4.5).

4.4.1 Doel en doelgroep kwaliteitsrapport is meerledig

“De zorgaanbieder maakt jaarlijks een bondig kwaliteitsrapport op grond van informatie uit de bouwstenen en andere relevante bronnen (zoals een medewerkersonderzoek).... Het rapport geeft een geobjectiveerd zicht op kwaliteit.... Het rapport biedt overzicht en komt tot beredeneerde keuzes over de verbeteringen die nodig zijn.” (VGN, 2017, p. 13). Het doel van het kwaliteitskader is deels terugblikken (*geobjectiveerd zicht op kwaliteit*) en deels vast stellen op welke punten er gewerkt gaat worden aan (verbetering) van de kwaliteit van zorg (*beredeneerde keuzes over de verbeteringen die nodig zijn*). Het kwaliteitskader legt weliswaar de focus op leren, maar verantwoorden blijft eveneens een belangrijk doel van het kwaliteitsrapport. Deze twee deeldoelen dienen verenigd te worden in het kwaliteitsrapport maar leiden in praktijk vaak tot een gevoelde spanning waarbij de nadruk niet zelden lijkt te liggen op verantwoorden. De vraag daarbij is voor welk doel instellingen ervaren dat ze het rapport gebruiken?

“Ik vind het Kader wel prettig, dat je iets van bouwstenen hebt waar je verantwoording op kunt baseren” zegt een kwaliteitsfunctionaris. *“Als ik dat schrijf heb ik wel het gevoel dat ik het doe ter verantwoording”*

aldus een andere kwaliteitsfunctionaris. Anderen geven aan vooral de combinatie van doelen te ervaren. *“Het biedt een samenvatting vanuit de kwaliteit. Het helpt om ons op een prima manier te etaleren en samen te vatten, maar ook om focus te houden. Het heeft ons geholpen in het procesmatig oppakken [van verbeterpunten: USBO advies]”* aldus een bestuurder.

Zorgkantoren geven aan dat sommige aanbieders goed aanvoelen wat de achterliggende gedachte/visie van het kwaliteitskader is, namelijk het stimuleren van reflecteren, leren en verbeteren. Zij zien ook de meerwaarde ervan. Zij zien echter ook nog bij veel aanbieders dat zij het kwaliteitsrapport vooral aangrijpen als een verantwoordingsdocument waarbij vooral wordt ingestoken op het beschrijven en verantwoorden van allerlei werkzaamheden. Hier wordt dan hoofdzakelijk op gefocust, waarbij het leren en verbeteren op de achtergrond raakt of zoekt raakt tussen de andere zaken. Zij zouden daartoe graag zien dat de PDCA (Plan-Do-Check-Act) cyclus een veel prominentere plek krijgt in de kwaliteitsrapporten, zodat niet gezocht hoeft te worden naar de stappen die op het vlak van kwaliteit genomen zijn en wat daar het resultaat van is. Een kwaliteitsadviseur van een zorgkantoor zegt daarover: *“De PDCA-cyclus moet een verplicht onderdeel worden. Soms moet je ontwikkelpunten tussen de regels doorlezen, soms hebben ze het er niet in staan, soms hebben de aanbieders er zelf totaal geen zicht op. Vaak is ook onduidelijk wanneer ze vinden dat een doel behaald is.”* Daarbij moet uitdrukkelijk worden genoemd dat het ook heel goed mogelijk is dat plannen niet behaald worden, maar dat hierop wordt gereflecteerd. Het is daarbij van belang om keuzes te durven maken. Een kwaliteitsfunctionaris zei hierover: *“Durf te kiezen en maak een kort verslag. [...] Het rapport zou ook aanleiding moeten kunnen geven tot extra vragen in dialoog.”* Het vergt echter moed om bondig en transparant te zijn, en daarmee een kwetsbare positie in te nemen.

Er wordt opgemerkt dat het lezen van elkaars rapporten veel informatie geeft en leerzaam kan zijn. *“Zo zie je de aanpak van anderen en hoe zij met worstelingen om gaan”*. Echter, dit kan alleen als organisaties de durf hebben om in de rapporten ‘het eerlijke verhaal’ te vertellen.

Er worden diverse vragen gesteld over de verhouding tussen het kwaliteitsrapport en andere wijzen van rapporteren. Zo wordt de vraag gesteld wat de relatie is tussen het kwaliteitsrapport en het jaarverslag. In dit kader worden door diverse kwaliteitsfunctionarissen ook vragen gesteld over de link tussen het kwaliteitsrapport en de MediQuest vragenlijst. Er lijken steeds meer signalen te komen dat die MediQuest lijst overbodig is geworden. In het begin leek het nog verstandig deze data te genereren om extra informatie achter de hand te houden. Inmiddels wordt dat sterk bevraagd en lijkt deze lijst het gevoel van te moeten verantwoorden te versterken. *“Geef de ruimte om juist te schrijven over leren en ontwikkelen en minder over cijfers”* aldus een kwaliteitsfunctionaris. Onduidelijk is wie hier precies de ruimte moet geven, omdat deze ruimte er volgens diverse respondenten wel degelijk is.

Wat betreft de doelgroep van het kwaliteitsrapport wordt vaak de vraag gesteld ‘voor wie schrijven we het eigenlijk?’ Verschillende aanbieders geven aan *“Wij schrijven het rapport vooral voor onszelf!”* Een bestuurder zegt hier bijvoorbeeld over: *“We hopen dat als je het als buitenstaander leest dat het je triggert en nieuwgierig maakt zodat mensen willen weten hoe we het doen in onze organisatie.”* Tegelijkertijd wordt ook met regelmaat gevoeld dat het rapport vooral voor de zorgkantoren en

inspectie geschreven wordt en wordt het lastig gevonden hier tegendruk aan te geven. Onduidelijk is waar het gevoel precies vandaan komt dat het vooral voor deze externe partijen geschreven wordt. Het lijkt erop dat dit vooral een interne interpretatie betreft van bestuurders en staf. *“Ik zou het graag voor een breder publiek willen (ook medewerkers, als een reflectierapport) en dat is erg lastig. Ik denk wel dat het de bedoeling is van hoe het kader is opgebouwd”* aldus een kwaliteitsfunctionaris.

Een ander aspect is dat het kwaliteitsrapport nu niet altijd goed toegankelijk is voor andere groepen dan beleidsmakers en bestuurders. *“We kwamen uiteindelijk uit op lijvig document met veel cijfers en beleidstaal. Het trekt niemand aan om te lezen. Medewerkers en cliënten moeten zich herkennen in het rapport”* zo zegt een kwaliteitsfunctionaris en *“EMB'ers of ouders van EMB'ers voelen zich niet echt gehoord in kwaliteitsrapport”* aldus een ouder.

Om aan dit probleem tegemoet te komen schrijven diverse instellingen meerdere versies. *“Wij hebben drie versies”*, aldus een bestuurder: *“Een rapport van 30 pagina's voor iedereen zonder beperking: met leuke foto's en tussenkopjes met waar ze trots op zijn, de hele tekst in Word zodat het gelezen kan worden door mensen met een visuele beperking, en een cliëntversie in simpelere taal.”* Bij een andere organisatie wordt het kwaliteitsrapport via de clustermanager terugvertaald naar de cliënten. Dat zouden ze eigenlijk meer via het clientportaal willen doen zodat iedereen dezelfde informatie kan krijgen.

4.4.2 Proces opstellen rapport veelal verticaal

Het kwaliteitsrapport wordt op diverse wijzen opgesteld. Bij sommige organisaties wordt met een brede groep van betrokkenen (zorgkantoor, toezicht, cliënten, medewerkers) een plan van aanpak opgesteld waarbij vragen als ‘wat gaat er goed en wat zou er anders kunnen?’ centraal staan. Een client zegt hierover: *“Ik vond het interessant om het erover te hebben. Er staan mooie dingen in en dat die gedaan gaan worden is mooi.”* In andere organisaties wordt het juist heel verticaal ingestoken. Soms wordt er heel bewust voor gekozen dit vooral het werk van de kwaliteitsfunctionaris te laten zijn zodat medewerkers en cliënten hier niet mee ‘lastiggevallen’ worden. De vraag rijst in die ‘verticale gevallen’ of het rapport niet aan waarde kan winnen door horizontale stappen te nemen in het tot stand brengen van het rapport en in het samen nadenken over de bevindingen. Nu wordt eerst en vooral op managementniveau gekeken naar patronen die uit deze bevindingen naar voren komen en wat dat betekent voor de organisatie, terwijl een bredere terugkoppeling en bespreking als zeer waardevol wordt ervaren zowel in het bruikbaar als levend maken van dit rapport: *“Om het rapport tot een levend document te maken is het belangrijk dat het ingebed wordt in organisatie door het mee te nemen in diverse overleggen met diverse betrokkenen (teams, cliëntenraad, bestuur etc.).”*

4.4.3 Timing en frequentie van verschijnen sluit beperkt aan op cyclus instellingen

Hoewel de waarde van het rapporteren over kwaliteitsverbetering breed wordt gedragen, is de frequentie van het moeten opstellen van het kwaliteitsrapport volgens velen te hoog en sluit het niet aan bij de cyclus die zorginstellingen zelf hanteren in het opstellen van doelen en het daarnaar terug kijken. Het gevolg is dat men voelt dat men teveel rapporteert kijkend in de achteruitkijkspiegel: *“De timing is lastig. Het rapport komt beschikbaar in juni 2021. Het gaat over 2020 en het is input voor het jaarplan van 2022.”* aldus een kwaliteitsfunctionaris. De dialoog met

bijvoorbeeld het zorgkantoor wordt hierdoor vanuit zowel de instellingen als de zorgkantoren mosterd na de maaltijd gezien. Een breed gedeeld geluid is dat niet meer jaarlijks maar twee of driejaarlijks gerapporteerd zou moeten worden. Zowel deelnemers aan dit onderzoek van zorginstellingen als van zorgkantoren zijn deze mening toegedaan. Een enkele organisatie geeft aan dat het kwaliteitsrapport voor hen al een meer dynamisch proces is; door continu up-to-date informatie op de site te plaatsen wordt gedurende het jaar gerapporteerd over kwaliteit.

4.4.4 Aggregatieniveau is een zoektocht

Tot slot komt ten aanzien van de kwaliteitsrapporten ter sprake dat het een zoektocht is op welk aggregatieniveau je het beste kunt rapporteren. Vooral voor grotere instellingen is dit een fikse uitdaging. Het kwaliteitsrapport betreft dan sterk geaggregeerde info (het gaat bijvoorbeeld om duizenden cliënten die behoren tot verschillende doelgroepen, honderden teams en veel verschillende regio's). Het gevolg is dat de context in de duiding van de bevindingen steeds vager wordt. Dit is lastig tegen het licht dat, zoals we eerder beschreven, juist de kleine kwaliteit ertoe doet. De vraag is dan al snel hoe je die bevindingen rondom (kleine) kwaliteit vertaalt naar een niveau dat relevant is voor de organisatie als geheel. *“Als er één rapport is voor heel de organisatie dan is het lastig je erin te herkennen. Het gaat er toch om dat we zoveel mogelijk kijken naar de individuele persoon”* zo zegt een kwaliteitsfunctionaris.

Sommige organisaties kiezen ervoor de bevindingen op te halen per cliëntgroep en hierover te rapporteren. *“Door per cliëntcluster kwalitatief en cijfermatig te kijken en door te kijken waar je hoog en laag scoort, want allebei zeggen wat.”* aldus een bestuurder. Verder wordt het deels ondervangen door niet over alle zaken te willen rapporteren maar per rapport vooral een aantal thema's te belichten. Dit zogenaamde aggregatieniveau blijft echter voor veel organisaties en ook voor zorgkantoren, zo bleek uit onze gesprekken, een zoektochtpunt.

4.4.5 Visitatie: beoordelen versus leren

Voor het thema visitatie geldt dat dit in de gesprekken beperkt aan de orde is gekomen. Het is wel telkens aan de orde gesteld maar er werd, in verhouding tot de andere onderwerpen rondom het kwaliteitskader, relatief weinig over gezegd. En de ervaringen die gedeeld werden waren voornamelijk afkomstig van bestuurders en staffunctionarissen. Cliënten, verwanten en zorgmedewerkers worden op enig moment wel betrokken bij de gesprekken, maar hebben beperkt zicht op dit aspect van het kwaliteitskader. Het wordt belangrijk gevonden dat de visitorator van het kantoor af komt en in gesprek gaat met begeleiders en cliënten in hun eigen omgeving. Diverse malen wordt aangegeven dat het waardevol zou zijn om deze groepen nauwer te betrekken bij de visitaties, zowel wanneer de eigen organisatie gevisiteerd wordt, als wanneer de eigen organisatie betrokken is bij het visiteren van een andere organisatie. In sommige gevallen worden cliënten al betrokken bij bezoeken aan andere instellingen. Dat leidt in die gevallen meestal tot een zeer waardevol perspectief voor de bezochte organisatie.

Sommige organisaties staan erg open voor frisse blikken van buiten. Zo heeft een organisatie bijvoorbeeld de Efteling gevraagd om hen te bezoeken en van feedback te voorzien. Deze wens wordt echter lang niet door alle organisaties gedeeld. Met enige regelmaat wordt aangegeven dat het bij externe visitaties belangrijk is dat dit gedaan wordt door organisaties die qua doelgroep,

grootte of regio vergelijkbaar zijn. Dit omdat de zorg bestaat dat de visiterende partij anders niet goed begrijpt met welke vraagstukken de bezochte instelling te maken heeft. *“Je moet wel kunnen begrijpen dat wij een bepaald soort zorg leveren. Niet iedereen snapt dat”* aldus een bestuurder. Naast externe visitatie wordt gesproken over het belang van interne bezoeken waarbij de ene afdeling de andere bezoekt of de ene regio de andere. Er is juist vaak veel te leren van collega’s binnen de eigen organisatie en de drempel om dat te doen is naar verwachting een stuk lager. Deze relatief veilige setting kan bijdragen aan het openstaan voor leren.

De term visitatie heeft tot slot een connotatie die de open houding die nodig is voor leren mogelijk in de weg staat. Het wordt al snel geassocieerd met beoordelen en daarmee de neiging van organisaties om dan de meest positieve kant van de organisatie te laten zien. Om weg te blijven bij deze associatie wordt de term collegiale consultatie genoemd als mogelijk alternatief om het leren te stimuleren (zie ook 6.1.5).

4.5 DEELCONCLUSIE

Dit hoofdstuk heeft de ervaren werking van het kwaliteitskader in de praktijk laten zien. Het huidige kader is zonder twijfel een breuk met het verleden. Anders dan voorheen legt het kader de nadruk op leren en verbeteren in de praktijk, waarbij meer waarde wordt gehecht aan het narratief. We zien dat het kader verschillende stakeholders (niet alleen aanbieders, maar ook zorgkantoren en inspectie) helpt in het werken met een complexe term als ‘kwaliteit’ die meerdere facetten en interpretaties kent. Hoewel we verschillende voorbeelden zien van aanbieders die de ruimte uit het kader weten te benutten en zich gestimuleerd voelen om creatieve en werkbare vormen voor bijvoorbeeld teamreflecties of kwaliteitsrapportage te organiseren, voelen anderen zich nog behoorlijk beperkt door het kader. De associatie met een ‘keurslijf’ komt voort uit het gevoel dat het kwaliteitskader dwingend is in wat er van hen verwacht wordt (bijvoorbeeld verplicht gebruik van instrumenten uit de waaier of jaarlijkse teamreflectie over specifieke thema’s) en het gevoel dat externe partijen van alles van hen verlangen. Het verschil in *interpretatie* van het kwaliteitskader, leidt tot behoorlijk grote verschillen in de manier waarop het kader in de praktijk vorm krijgt. In het volgende hoofdstuk 5 behandelen we een drietal overkoepelende thema’s die bij alle bouwstenen terugkomen: Regels of ruimte, bestuur als hitteschild of aanjager van regels, en systeemwereld versus leefwereld. In het afsluitende hoofdstuk 6 besteden we bovendien aandacht aan een aantal thema’s die niet primair gaan over het kwaliteitskader zelf, maar het werken ermee sterk beïnvloeden, zoals personeelstekorten en inherente complexiteit.

5. Overkoepelende thema's

In het voorgaande hoofdstuk hebben we uitgebreid stilgestaan bij de werking van de vier bouwstenen waaruit het kwaliteitskader is opgebouwd in de praktijk. Uit de analyse blijkt dat een aantal overkoepelende thema's als een rode draad door de bouwstenen heenloopt. In dit hoofdstuk schenken we specifiek aandacht aan deze thema's omdat ze een breder licht werpen op het werken met het kwaliteitskader, en daarmee belangrijke aanknopingspunten bieden voor de aanbevelingen zoals beschreven in hoofdstuk 6.

5.1 REGELS EN/OF RUIMTE?

In de bespreking van alle vier de bouwstenen weerklinkt telkens de vraag; biedt het kwaliteitskader nu vooral regels, of ruimte? Kortgezegd is aan beide behoefte, maar verschilt de interpretatie van het kader dusdanig dat sommige bestuurders, maar ook teamleiders en medewerkers, vooral de regels en inkadering benadrukken, waar anderen het kader juist roemen om de ruimte die het biedt. Bij de ontwikkeling van het kader is gepoogd om recht te doen aan de diversiteit binnen de sector, met als bedoeling dat aanbieders, vertrekkend vanuit hun eigen visie en missie, invulling kunnen geven aan de bouwstenen. Tegelijkertijd zijn daarbij aandachtspunten geformuleerd als 'basisregels'. Bijvoorbeeld, constante aandacht voor reflectie is van belang, en om dit te stimuleren is 'minimaal jaarlijks' als basisprincipe in het kader opgenomen, met daarbij thema's die als leidraad in de reflectie gehanteerd kunnen worden. Waar sommige aanbieders zeer creatieve invullingen geven aan die bouwsteen en dus de ruimte zien, vertalen anderen de omschrijving naar een 'regel' die hen voorschrijft wanneer, hoe vaak en waarop zij moeten reflecteren. Hoewel we in paragraaf 6.2.4 aandacht besteden aan het continu organiseren en bewaken van ruimte, bieden regels, of beter gesteld 'een inkadering' ook een zeer gewaardeerde houvast. Voor medewerkers, met name onervaren of nieuwe medewerkers, kunnen de ankerpunten in het kader hen ondersteunen in het werken volgens de bedoeling, terwijl wanneer er veel nadruk wordt gelegd op regels en afspraken, deze juist beperkend werken.

5.2 BESTUUR ALS HITTESCHILD VOOR DE MEDEWERKERS OF AANJAGER VAN VERANTWOORDINGSDRUK

In het spanningsveld tussen ruimte en regels, zien we dat met name bestuurders zeer belangrijke spelers zijn in het bewaken van de balans. Hiermee kunnen bestuurders ofwel fungeren als 'hitteschild' (Weggeman, 2007) wat wil zeggen dat zij druk van buiten zo veel mogelijk weghouden bij hun medewerkers, of juist als aanjager van verantwoordingsdruk door het vertalen van afspraken in het kader naar protocollen en systemen. We zien dat de bestuursstijl als het ware doorsijpelt in de organisatie, maar ook de andere (management)niveaus dragen bij aan de manier waarop wordt omgegaan met uitdagingen en dilemma's. Zo zijn er onder meer controlegerichte

bestuurders teamleiders die ruimte creëren (*“Ik heb ervaring dus ik doe het toch zo!”*). Het lijkt echter geen twijfel dat bestuurders gezien de sleutelpositie die zij in de organisatie hebben, een stevige stempel drukken op de mate waarin medewerkers meer of minder ruimte ervaren. Onder moedige bestuurders, die ruimte creëren, zijn medewerkers in alle lagen eerder in staat deze te benutten. De ‘rebelse’ teamleider (zie ook paragraaf 6.3.2) moet onder een meer controlegerichte bestuurder relatief veel tijd en energie steken in het werken met en rondom¹⁴ systemen.

Hoewel we in ons onderzoek de rol van ‘hitteschild’ herkennen – bestuurders die met het zorgkantoor in gesprek gaan om dingen voor elkaar te krijgen – lijkt verantwoordingsdruk bovenal een geïncorporeerd fenomeen te zijn. Sommige bestuurders wijzen naar ‘externe stakeholders’ die hen voor allerlei verplichtingen stellen, maar dit lijkt in de praktijk maar weinig aan de hand te zijn. Het standaardiseren en protocolleren in organisaties lijkt vooral iets te zijn wat van binnenuit komt. Het gebruik van het kader op een controlegerichte manier (tellen, objectiveren, generaliseren) lijkt voor sommige organisaties een soort houvast te zijn; ze kiezen voor een strikte interpretatie (Bozeman en Anderson 2016) als een manier om te kunnen omgaan met de complexiteit van de zorgpraktijk (zie 6.2.1 voor onze aanbevelingen hieromtrent).

5.3 SYSTEEMWERELD VERSUS LEEFWERELD

Het kwaliteitskader gaat om het werken aan kwaliteit én het zicht krijgen op kwaliteit. Om te kunnen werken met en zicht te krijgen op kwaliteit worden de bouwstenen van het kader in organisaties veelal ingebed in systemen met allerlei parameters die gemeten worden en waarvan de informatie vastgelegd wordt. Zo is het voor het zorgproces rondom de individuele cliënt van belang om diens wensen of doelen te bespreken en vast te leggen zodat ook collega’s ermee kunnen werken, en om inzicht te krijgen in tevredenheid is het relevant om daar systematisch naar te vragen en de gegevens erover vast te leggen om ervan te leren. In de vertaalslag van de realiteit in het primaire proces (ook wel ‘leefwereld’) naar de wereld van systemen, codes en cijfers (ook wel ‘systeemwereld’), loopt men echter vaak aan tegen een gedwongen simplificatie van de realiteit (bijvoorbeeld het weergeven van de gemoedstoestand van cliënten in kleurcodes) wat geen recht doet aan de nuance van het leven van alledag. De gemoedstoestand van cliënten is immers niet te vatten in een kleur, en wat zegt het als iemand zijn sociale leven een 6 geeft? Zonder duiding zijn dergelijke codes weinig waard. Medewerkers willen meestal juist werken volgens de bedoeling, maar rigiditeit in de systemen leidt dan ongewild tot het wegdrijven daarvan. Het leidt ertoe dat medewerkers gefaciliteerd worden tot het invoeren van informatie in het systeem zonder stil te staan bij de noodzaak of onzin daarvan (*“Het dashboard moet wel groen blijven”*). Daarmee wordt een systeemrealiteit gecreëerd waarin men aan de eisen voldoet, maar waarbij de bedoeling ervan verwatert. Het is dan ook belangrijk dat de vorm waarin informatie wordt vastgelegd (en de ruimte die zorgmedewerkers daarin hebben) constant wordt geëvalueerd op relevantie ervan voor de kwaliteit van zorg en leven.

¹⁴ Zogenaamde ‘workarounds’ zijn werkpatronen die door een individu of groep individuen gecreëerd worden om een belangrijk doel te behalen, binnen een systeem van niet goed functionerende werkprocessen die het behalen van dat doel bemoeilijken (Morath & Turnbull, 2005).

5.4 DEELCONCLUSIE

Dit korte hoofdstuk heeft drie belangrijke thema's aangekaart die steeds terugkomen wanneer we spreken over werken met het kwaliteitskader. Ze staan daarmee voor 'iets groters'; zo heeft het zoeken van een balans tussen regels en ruimte niet enkel betrekking op één of enkele van de bouwstenen, maar is het een worsteling die er altijd is. Ditzelfde geldt voor de manier waarop bestuurders, maar ook managers, teamleiders en begeleiders in het primaire proces daarmee omgaan. Hoewel het werken volgens de bedoeling zeer duidelijk naar voren komt in de gesprekken over goede zorg (hoofdstuk 3), zien we dat de thema's zoals besproken in dit hoofdstuk een grote rol spelen in het daadwerkelijk kunnen werken volgens deze idealen. In het afsluitende hoofdstuk geven we daarom onze aanbevelingen ten aanzien van de doorontwikkeling van het kader zelf, maar ook ten aanzien van het werken *met* het kwaliteitskader, waarin het werken met de thema's zoals beschreven in dit hoofdstuk in de aandacht staat.

6. Conclusies en aanbevelingen

In dit hoofdstuk beschrijven we de voornaamste conclusies op basis van de eerder beschreven bevindingen en geven we onze aanbevelingen voor de toekomst. Hierin maken we onderscheid tussen conclusies en onze aanbevelingen ten aanzien van de doorontwikkeling van het kwaliteitskader *an sich* (6.1) en conclusies en aanbevelingen ten behoeve van het werken *met* het kwaliteitskader (6.2). In paragraaf 6.3 maken we duidelijk wat een en ander betekent voor de verschillende rollen in het systeem; waar ligt welke verantwoordelijkheid en welke initiatieven zijn gewenst? De conclusies en daaraan gekoppelde aanbevelingen in dit hoofdstuk zijn gebaseerd op een uitvoerige analyse van de bevindingen (zoals gepresenteerd in hoofdstuk 4 en 5) en een verzameling van lessen die deelnemers aan het onderzoek hebben voorgesteld. Dit hoofdstuk gaat in op de voornaamste lessen. In bijlage 2 van dit rapport is een uitgebreid overzicht van suggesties van deelnemers aan dit onderzoek opgenomen.

6.1 CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN: DE DOORONTWIKKELING VAN HET KWALITEITSKADER

Op basis van onze bevindingen en de suggesties van de verschillende deelnemers formuleren we eerst conclusies en aanbevelingen voor de verdere ontwikkeling van het kwaliteitskader zelf. Daarbij starten we met conclusies en aanbevelingen voor ieder van de vier bouwstenen waaruit het kader is opgebouwd, waarna we enkele overkoepelende aanbevelingen doen ten behoeve van de doorontwikkeling van het kwaliteitskader als geheel.

6.1.1 Bouwsteen 1: Zorgproces rond de individuele cliënt

Uit de dialogen blijkt dat de aandacht voor bouwsteen één veelal wordt vertaald naar instrumenten en systemen. Veel aandacht gaat uit naar het ondersteuningsplan en de wijze waarop deze een geïntegreerde plek kan krijgen in het Elektronisch Cliënten Dossier (ECD), en minder op de dialoog waarin dergelijke plannen tot stand komen. Ons onderzoek laat zien dat het feitelijke zorgproces rondom de individuele cliënt op heel uiteenlopende wijze vorm krijgt, bijvoorbeeld in uiteenlopende wijzen van gespreksvoering en betrokken gespreksvoerders. Het lijkt zinvol om op dit punt meer te leren met en van elkaar (zie ook het aspect ‘Reflectie binnen én tussen subsystemen’ hieronder uitgewerkt) om zodoende met elkaar te komen tot ‘best principles’ voor het zorgproces. Deze les sluit aan bij een aanbeveling die destijds werd gedaan in de evaluatie van de proeftuinen (Bosman en Vos, 2016) en laat zien dat bouwsteen 1 blijvend aandacht behoeft. In vergelijking met de andere

bouwstenen krijgt het zorgproces rondom de individuele cliënt beperkt aandacht, terwijl dat nu juist is waar het primair om gaat. Een begeleider stelde: *"Ik ervaar bouwsteen 1 als onderbelicht. Ik weet niet zo goed hoe dat beter kan, maar door het jaar heen wordt er veel gesproken over de andere bouwstenen terwijl het werk eigenlijk gaat om bouwsteen 1 en daar gaat de minste aandacht naar uit."* Het is van belang om op te merken dat het gehele kwaliteitskader is opgebouwd ter bevordering van het zorgproces rondom de individuele cliënt, zodat de kwaliteit van leven van de cliënt wordt vergroot. De andere bouwstenen (zoals het ophalen van cliëntervaringen of het reflecteren in teams) zijn *ondersteunend* aan dat primaire proces rondom de cliënt. Dit onderzoek roept verder de vraag op of het zorgplan (of aanverwante termen) dezelfde ankerpositie moet behouden in bouwsteen 1 zoals nu beschreven. Door de nadruk op zorgplannen verschuift de aandacht nog met regelmaat naar het middel (het plan) in plaats van het proces en de dialoog (het doel).

6.1.2 Bouwsteen 2: Onderzoek naar cliëntervaringen

Hoewel het onderzoeken van cliëntervaring als waardevol wordt gezien, wordt het in de praktijk nog veelal ervaren als een verplicht onderdeel, waarbij het voor organisaties zoeken is hoe de informatie uit cliënttevredenheidsonderzoek vertaald kan worden naar het individuele zorgproces rondom de cliënt, alsook naar organisatiebrede verbeterpunten. Daarnaast is het voor veel instellingen een uitdaging om een instrument te vinden dat goed past bij hun diverse cliëntengroepen. Zo is een vragenlijst die zich goed leent voor cliënten met een licht verstandige beperking, niet passend voor cliënten met bijvoorbeeld een visuele- of ernstig meervoudige beperking. Daar komt bij dat ook financiële overwegingen meespelen in de keuze voor een instrument. Een aanbeveling is om organisaties meer vrij te laten in de keuze voor een instrument, waarbij voor de verschillende cliëntgroepen gebruik kan worden gemaakt van een andere methode¹⁵. Het is daarbij van belang met de zorgaanbieders te onderzoeken hoe dit goed vorm kan krijgen en wat de eventuele financiële implicaties daarvan zijn. Vergelijkbaar met onze aandachtspunten bij bouwsteen 1 gaat het erom dat er systematisch onderzoek wordt gedaan naar cliëntervaringen (het doel) waarbij de manier waarop (het middel) een meer vrije vorm zou kunnen aannemen.

6.1.3 Bouwsteen 3: Zelfreflectie in teams

Hoewel een aantal van de aan dit onderzoek deelnemende organisaties zich vrij voelt in het vormgeven van de teamreflecties, zijn er meerdere organisaties die de zelfreflectie in teams als een strikte opdracht zien met vaste vormeisen. Zij zijn ook vooral op zoek naar wat er nu precies verwacht wordt van de teamreflectie. Alle partijen zijn het erover eens dat het om het goede gesprek en leren gaat (zie ook het aspect 'Reflectie binnen én tussen subsystemen' hieronder uitgewerkt), maar dat is nog met regelmatig niet de ervaring als het om de zelfreflectie gaat. Hoewel de intentie uit het kwaliteitskader 2017 was om regelmatig reflectie te stimuleren, zien we dat een destijds gekozen formulering van "minimaal eens per jaar" regelmatig wordt vertaald naar een strikte opdracht (zie ook 6.1.5. over het heroverwegen van taalgebruik).

¹⁵ Zoals gesteld in hoofdstuk 4 ligt er inmiddels een advies van de Commissie van Deskundigen, waaruit hernieuwde aandacht blijkt voor de reikwijdte en 'fit' van de verschillende instrumenten in de waaier. Het bestuur van de VGN heeft het advies aangenomen, waarmee al stappen zijn gezet in het werken met onze aanbeveling zoals in dit rapport beschreven.

Daarnaast vergt het goed vormgeven van de teamreflectie aandacht. De rol van de teamleider (zie ook 6.3.2) is doorslaggevend in de manier waarop teams reflecteren op de geleverde zorg. Het vergt specifieke proceskennis en competenties van teamleiders om dit goed vorm te kunnen geven en dat is iets dat niet automatisch van hen verwacht kan worden. Door betrokkenen uit verschillende lagen (bestuurders, medewerkers, Zorgkantoren, IGJ) wordt erkend dat reflectie een ingewikkelde opgave is die veel van organisaties in het algemeen en teamleiders in het bijzonder vraagt. Een aanbeveling is dan ook om teamleiders te faciliteren in het kunnen organiseren en begeleiden van reflectie; als zij het belang van reflectie weten over te dragen op het team en het proces van reflectie goed vorm weten te geven - al dan niet met de hulp van bijvoorbeeld een gedragsdeskundige - leidt dit een grotere bereidheid tot reflectie, betere reflecties en daarmee meer mogelijkheden tot leren.

Bosman en Vos (2016) gaven al eerder aan dat de opbrengsten van de teamreflecties beter bruikbaar worden als een meer systematische aanpak wordt gehanteerd, die resulteert in een ontwikkelplan per team. In de teamreflectie kan ook de vraag of het team voldoende is toegerust om de cliënten goede zorg te leveren (teamsamenstelling, vaardigheden, kennis, begeleiding) worden meegenomen, zodat minder goed ontwikkelde aspecten meegenomen kunnen worden in het ontwikkelplan.

6.1.4 Bouwsteen 4a: Kwaliteitsrapport

Organisaties maken veel werk van het inzichtelijk maken van de geleverde zorg middels het kwaliteitsrapport. De kwaliteitsrapporten vormen een goede manier om op geheel eigen wijze inzicht te geven in de wijze waarop organisaties werken aan goede zorg. In de praktijk wordt deze ruimte echter nog niet altijd benut. We zien een grote diversiteit in de manier waarop invulling wordt gegeven aan de rapporten; zowel wat betreft de balans tussen tellen en vertellen, als de omvang en vormgeving van de rapporten. Soms resulteert dit zelfs in een heuse ‘glossy’, iets waar de meningen verdeeld over zijn. Dergelijke producten houden volgens diverse respondenten namelijk het risico in zich dat ze sterk gericht zijn op presenteren en daarmee verder af komen te staan van leren. Om het doel van leren voorop te laten staan is het van belang om van het kwaliteitsrapport meer een ‘levend document’ te maken, waarbij naast een reflectie op de geleverde zorg vooral aandacht is voor de toekomst en niet zozeer op het presenteren van het heden en het verleden.

Verder voelen organisaties zich beperkt in de jaarlijkse cyclus waarbinnen de rapporten opgeleverd moeten worden. Een breed gedeelde optie is om over te gaan op een twee of driejaarlijkse cyclus, waarbij ééns per twee of driejaar een kwaliteitsrapport wordt geschreven, en tussentijds enkel op ontwikkelingen wordt gerapporteerd.

Er is waardering voor de verhalen in de kwaliteitsrapporten maar met name zorgkantoren uiten de behoefte aan meer expliciete aandacht in het rapport voor de PDCA-cyclus zodat gericht stappen gezet kunnen worden in het leren en waar nodig verbeteren.

Verder kunnen organisaties nog meer leren van elkaars wijzen van leren en rapporteren. Dit gebeurt al deels onder leiding van de VGN maar kan uitgebreid worden, door bijvoorbeeld ook het perspectief van de IGJ en zorgkantoren erbij te betrekken.

6.1.5 Bouwsteen 4b: Visitatie

Visitatie is een waardevolle manier om te leren van andere organisaties en de blik van buiten. De neiging bestaat echter de visitaties risicomijdend in te richten. Zo worden veelal gelijksoortige zorgorganisaties qua grootte, doelgroep en/of regio uitgenodigd. Dat heeft mede van doen met de term 'visitatie' die bij velen de associatie oproept met een beoordelingsmoment. Dit terwijl de gedachte achter de visitatie juist is dat organisaties kunnen leren van elkaar. Hoewel er meer voor nodig is om te komen tot waardevolle visitatie (zie ook 'Reflectie binnen én tussen subsystemen' hieronder) stellen wij voor om met elkaar na te denken over een meer passende term. Een mogelijkheid zou kunnen zijn de term 'collegiale consultatie'. Door het vooral te zien al collegiale consultatie ontstaat meer ruimte tot leren.

De lessen met betrekking tot de visitatie zitten vooral op het verbreden van de te betrekken perspectieven, zowel intern als extern. Het leren krijgt beter vorm wanneer uiteenlopende perspectieven betrokken worden om van te leren. Zo kan het voor een grote organisatie zinvol zijn om te leren van hoe een hele kleine organisatie werkt, en andersom. Daarnaast is het aanbevelenswaardig om ook buiten de eigen sector te zoeken; iets wat op kleine schaal al gebeurt.

Hoewel aan visitatie verschillend invulling wordt gegeven, lijkt visitatie nog vooral iets 'van en voor bestuurders' te zijn. Wij onderschrijven de behoefte van bijvoorbeeld teamleiders om ook visitatie te organiseren op de niveaus waar primair aan kwaliteit wordt gewerkt. In eerder onderzoek door Van der Scheer en Stoopendaal (2018) werd ook het nut van intercollegiale visitatie (op het niveau van locaties en teams) onderschreven. Hoewel destijds werd opgemerkt dat verschillende zorgaanbieders werkten aan een opzet voor intercollegiale visitaties, lijkt deze ambitie in het slop te zijn geraakt.

6.1.5 Herzie taalgebruik, maar beschouw het niet als snelle oplossing

De voorgaande paragrafen beschrijven onze aanbevelingen ten aanzien van de vier bouwstenen. Hoewel iedere bouwsteen belangrijke aandachtspunten kent, geeft onze lerende evaluatie geen aanleiding tot een grondige herziening van het kader – bijvoorbeeld door bouwstenen toe te voegen of te verwijderen. Onze analyse laat zien dat het juist in de subtiliteit kan zitten, en dat geldt ook voor de gebruikte terminologie en formuleringen. De tekst van het huidige kader is vóór 2017 opgesteld. Tijdens het onderzoek hebben we gemerkt dat de manier waarop de beschrijving van de bouwstenen is geformuleerd (bijvoorbeeld ten aanzien van de frequentie van teamreflectie) met regelmaat een andere uitwerking heeft dan bedoeld. Ook de auteurs van het kader erkennen dat er sprake is van voortschrijdend inzicht; niet enkel wat betreft de manier waarop we over het werken aan kwaliteit *denken*, maar ook de manier waarop we daarover *spreken en schrijven*. Dit onderzoek heeft laten zien dat taal er toe doet; mensen kunnen zich onbegrepen of beoordeeld voelen. Wij denken dat aanpassingen in het woordgebruik en formuleringen in het kader recht zullen doen aan voortschrijdend inzicht en daarmee behulpzaam zullen zijn in het overbrengen van het kwaliteitskader zoals bedoeld.

Tegelijkertijd moet ervoor gewaakt worden dat een herziening van taal gezien wordt als 'heilige graal'; een snelle oplossing om werken aan kwaliteit te stimuleren. Het 'taalspel' is een belangrijk

onderdeel in het communiceren van een boodschap, maar is ondersteunend aan de inhoud. Hoewel we een grondige lezing van de volledige tekst voorstellen met consciëntieuze aandacht voor taal, doen we alvast een aantal concrete suggesties.

Van 'teamreflectie' naar 'teamontwikkeling'

Een eerste suggestie is om de term teamreflectie te vervangen door teamontwikkeling. Zoals eerder gesteld benadrukt 'ontwikkeling' de gewenste nadruk op de toekomst, waarbij reflectie veelal associaties met 'achterom kijken' oproept.

Van 'externe visitatie' naar 'collegiale consultatie'

Om meer accent te leggen op leren, stellen we voor om de term 'externe visitatie' te vervangen door 'collegiale consultatie'. De huidige term roept bij velen het gevoel op van een beoordeling, terwijl deze bouwsteen juist tot doel heeft om het leren met en van elkaar te versterken (zie ook 6.1.5)

Van 'externe verantwoording' naar 'zicht op kwaliteit'

In lijn met de voorgestelde aanpassing van 'externe visitatie', stellen we voor om de omschrijving 'externe verantwoording' te vervangen door 'zicht op kwaliteit'. Het zicht hebben op de kwaliteit van zorg is voor alle betrokkenen van groot belang. Uiteraard biedt zicht op kwaliteit toezichthouders de gelegenheid om de kwaliteit van zorg te monitoren, maar deze verantwoordingsfunctie is slechts één van de doelstellingen van zicht op kwaliteit. Het is bovenal een manier voor zorgaanbieders om ontwikkelpunten te kunnen formuleren om te kunnen werken aan kwaliteitsverbetering.

Heroverweeg de term 'bouwsteen'

Het kwaliteitskader is opgebouwd uit vier bouwstenen, die tezamen behulpzaam moeten zijn in het leren en verbeteren. Hoewel het kader veel ruimte laat in de invulling, wordt het kader met al die bouwstenen snel een heel bouwwerk, wat de gedachte dat er van alles 'moet' benadrukt. Tevens zijn er opmerkingen gemaakt over de gebrekkige samenhang tussen de bouwstenen. Een meer organische omschrijving zou ondersteunend kunnen zijn in het beschouwen van het kwaliteitskader als een verbonden geheel.

Van 'kwaliteitskader' naar 'Samen voor Sectorontwikkeling'

Tot slot doen we de suggestie om het woord 'kwaliteitskader' zelf te herzien. De sector loopt voorop in het bieden van ruimte in de manier waarop de diverse opvattingen over kwaliteit (zie hoofdstuk 3) tot uiting komen in de praktijk. Het kader benadrukt het 'inkaderen' van die diversiteit, terwijl dit juist iets is van de sector uniek maakt en breed wordt gewaardeerd. Dit onderzoek heeft laten zien dat het kwaliteitskader niet enkel een houvast biedt aan zorgaanbieders, maar juist dat het goede aanknopingspunten biedt om de sector als geheel verder te ontwikkelen. Dialoog tussen de verschillende subsystemen is daarmee van onmiskenbaar belang (zie 6.2.1). Om het gezamenlijke te benadrukken stellen we voor om te verwijzen naar het "Samen voor Sectorontwikkeling" document (SvS). We komen hier in de slotparagraaf (6.4) van dit rapport op terug.

6.1.6 Laat het kwaliteitskader zich organisch ontwikkelen

Een voorlaatste aanbeveling ten aanzien van het kwaliteitskader zelf, is gericht op de verankering van het kader. Op basis van deze lerende evaluatie concluderen we dat het kwaliteitskader al veel heeft gebracht. Door het accent op leren en de ruimte die het kader biedt, kan het kader worden gezien als een breuk met het verleden, waarin het werken aan kwaliteit werd gedomineerd door het afleggen van verantwoording op basis van 'tellen'. De aanbevelingen zoals beschreven in de voorgaande paragrafen formuleren weliswaar aandachtspunten en suggereren aanpassingen, maar daarbij blijven we dicht bij de bedoeling van het kader zoals in 2017 in werking getreden. We sluiten daarmee aan bij een les die meerdere gesprekspartners met ons deelden, namelijk: *"Laat het kader zich organisch ontwikkelen."* Iedere ingezette koers heeft de tijd nodig om zich te vormen, en kleine aanpassingen (op basis van evaluatie) zijn beter werkbaar dan disruptieve veranderingen. Een deelnemer vatte deze les krachtig samen: *"Laten we dit systeem nou eens tien jaar handhaven. En de perverse effecten monitoren en aanpakken. En niet weer over gaan naar een ander systeem. Kleine evolutionaire stapjes. Geen revolutie."*

6.1.7 Maak het kwaliteitskader (Wlz) hét kwaliteitskader ghz

Een laatste aanbeveling gaat over de reikwijdte van het huidige kwaliteitskader. Over het algemeen is men tevreden over het kader en de mogelijkheden die het biedt om te werken aan kwaliteit. Het kader staat echter niet op zichzelf. Omdat het kwaliteitskader wettelijk gezien enkel geldt voor zorg die wordt geleverd onder de Wet langdurige zorg (Wlz) hebben meerdere zorgaanbieders, die meerdere cliëntgroepen bedienen, te maken met verschillende kaders en eisen die worden gesteld aan de geleverde zorg. Kwaliteitseisen die worden gesteld aan zorg die valt onder de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) bijvoorbeeld, verschillen van de afspraken zoals gemaakt in het kwaliteitskader. Kortom; verschillende kwaliteitssystemen staan naast elkaar. Als gevolg van deze veelheid zijn zorgaanbieders bezig met de bouwstenen in het kader, eisen die horen bij Wmo en Pgb zorg, wordt er gewerkt met een MediQuest vragenlijst en wordt er gewerkt met ISO en/of HKZ-certificeringen. Om de kracht van het kwaliteitskader te vergroten en de druk op organisaties te verlagen, bevelen we aan om de dialoog te starten over de reikwijdte van het kwaliteitskader. Een te verkennen optie is om – in gesprek met de gemeenten – de reikwijdte van het kwaliteitskader ghz te verbreden, omdat deze principes zoals geconcretiseerd in de bouwstenen passend lijken voor een grote diversiteit aan doelgroepen en typen zorg en ondersteuning.

6.2 CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN: WERKEN MÉT HET KWALITEITSKADER

Hoewel de voorgaande paragrafen belangrijke lessen uiteenzetten voor de doorontwikkeling van het kader zelf, concluderen we op basis van onze lerende evaluatie dat de grootste winst valt te behalen in het werken mét het kader. De uitgangspunten van het kwaliteitskader worden breed onderschreven. Tegelijkertijd, en logischerwijs, neemt het kader bepaalde spanningen en uitdagingen inherent aan het werken in deze sector niet weg. De volgende paragrafen zijn dan ook gericht op het werken met het kader. Ze zijn bedoeld om complexiteit naar de oppervlakte te halen, om zodoende worstelingen en uitdagingen bespreekbaar te maken en er gezamenlijk van te leren.

6.2.1 Organiseer reflectie binnen én tussen subsystemen

Leren over grenzen heen blijkt een behulpzame en noodzakelijke manier om constructief te kunnen werken aan kwaliteit volgens de bedoelingen uit het kader. Uit de ervaringen met de opzet van dit onderzoek (zie ook bijlage 1) blijkt dat juist in de interactie tussen lagen en tussen organisaties belangrijke dilemma's en aspecten van kwaliteit in de praktijk en hoe daarmee nog beter te werken naar voren komen. Dergelijke dialogen zouden zeer belangrijk zijn om in het veld recht te doen aan de interafhankelijkheid en samen te blijven leren. Vergelijkbaar met de aanpak in dit onderzoek bevelen we daarom aan om ook in de toekomst reflectie binnen én tussen de verschillende subsystemen te organiseren. Dit impliceert niet alleen dat er naast de teamreflecties bijvoorbeeld ook bestuursreflectie en zorgkantorenreflectie wordt geïnitieerd, maar juist ook reflectie door de (sub)systemen heen zowel binnen de eigen organisatie als met andere organisaties. Dit laatste is in lijn met wat Van der Scheer en Stoopendaal (2018) eerder ook al aangaven: *“Het zou mooi zijn als het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg 2017-2022 leidt tot een leerproces dat verder reikt dan de individuele organisaties.”*

Tijdens het onderzoek zijn er nauwelijks voorbeelden genoemd van ervaringen dat de manier van omgaan met het kwaliteitskader door organisaties is teruggedfloten of sterk bekritiseerd door de externe toezichthouder (IGJ) of financier (ZN). Toch wordt er in veel organisaties verwezen naar wat zij allemaal 'moeten' van het kader en/of externe stakeholders. Het lijkt soms alsof een meer rigide manier van verantwoording afleggen over kwaliteit door zorgorganisaties beleefd wordt als een onontkoombare situatie, terwijl de bevindingen daar niet op wijzen. Dit 'tick-the-box' denken lijkt bij sommige organisaties vooral geïnternaliseerd te zijn. Een gezamenlijke dialoog met de externe stakeholders kan de verwachtingen en dilemma's expliciteren en verhelderen.

Het gebruik van het kader op een controlegerichte manier (tellen, objectiveren, generaliseren) lijkt voor sommige organisaties ook een soort houvast te zijn; ze kiezen voor een strikte interpretatie (Bozeman en Anderson 2016) als een manier om te kunnen omgaan met de complexiteit van de zorgpraktijk en de dilemma's die daaruit naar voren komen. Het verschilt erg in hoeverre bestuurders het kwaliteitskader als middel weten te gebruiken of dat het een doel op zich lijkt te worden. Hiermee is bestuur/management van cruciaal belang voor hoe het op de werkvloer gaat en hoe er met het kwaliteitskader gewerkt wordt. In paragraaf 6.2.3 besteden we aandacht aan hoe bestuurders van elkaar kunnen leren.

6.2.2 Erken complexiteit en maak morele dilemma's bespreekbaar

Voortbordurend op de hierboven beschreven aanbeveling om het leren als een meer gezamenlijke opdracht te gaan zien, besteden we expliciet aandacht aan de kwetsbaarheid die dat vraagt. Zoals gesteld kan een nadruk op tellen en het vasthouden aan de geïnternaliseerde eisen 'uit het kader' een manier zijn om te 'dealen' met complexiteit (bv. "We hebben het in ieder geval gedaan zoals het kader voorschrijft"). Het huidige kader besteedt als zodanig weinig aandacht aan de complexiteit en morele dilemma's die inherent zijn aan de sector. Enerzijds geeft dat zorgaanbieders de ruimte om hier volgens eigen visie en missie invulling aan te geven, anderzijds merken we dat er behoefte is

om de complexiteit rondom bepaalde thema's, zoals eigen regie of continue verbetering, bespreekbaar te maken.

Zo is een terugkerende vraag in dit onderzoek 'moet het altijd beter?' Deze vraag kan terugverwijzen naar de individuele cliënt; moet deze zich altijd blijven ontwikkelen, of kan iemand er ook voor kiezen 'gewoon zijn of haar leven te leiden'? De doelgerichtheid van ondersteuningsplannen is daar een voorbeeld van; het kan suggereren dat de cliënt niet goed genoeg is zoals hij/zij is. We kunnen deze vraag breder trekken naar het werken aan kwaliteit in het algemeen; moet zorg en ondersteuning altijd beter, of kunnen we ook tevreden zijn met goede zorg en deze continueren?

Het kwaliteitskader is gericht op kwaliteitsverbetering, maar verschillende betrokkenen geven aan dat goed ook goed genoeg is. Het kwaliteitskader straalt een maakbaarheidsideaal uit, waarvan wij de behulpzaamheid betwisten. Zo zet het kwaliteitskader sterk in op eigen regie, maar afhankelijkheid zit in de kern van de gehandicaptenzorg. Er wordt immers een beroep op de zorg gedaan, als iemand het niet helemaal alleen kan. Afhankelijkheid zit dus 'ingebakken', net als kwetsbaarheid, het niet-weten, verlies en andere emoties die ermee samenhangen. In het kwaliteitskader is hier weinig aandacht voor. Het maakbaarheidsideaal kan ook tot verwachtingen of een beeld van de zorg leiden dat niet reëel is. Zowel voor cliënten als personeel kan dit belastend en onrealistisch zijn, zo blijkt uit de ervaringen. Zorgmedewerkers toonden zich kwetsbaar in de gesprekken met ons, en gaven aan dat zij het *"soms ook niet weten."* Tegelijkertijd is deze kwetsbaarheid niet iets wat veelvuldig gedeeld wordt, zeker niet buiten teams of organisaties.

Van belang is dat goed gewerkt kan worden met de spanningen die een dergelijk emotionele taak met zich meebrengt, inclusief de soms beperkte mogelijkheid te weten wat 'het goede' is of op welke wijze daaraan invulling te geven. 'Good enough' als model voor kwaliteit lijkt behulpzamer, dan het werken met de suggestie dat het altijd beter kan en moet. Hoewel bepaalde kaders en richtlijnen daarin behulpzaam kunnen zijn, is het collegiaal aangaan van complexiteit en onzekerheid meer werkbaar dan het protocolleren en controleren. Reflectie onder zorgmedewerkers – die juist ook breder kan zijn dan teams – 'Hoe doen jullie het?' kan medewerkers ondersteunen in het werken aan kwaliteit, waarbij het 'soms niet weten' er ook mag zijn.

6.2.3 Ondersteun en faciliteer medewerkers

De aandacht voor medewerkers is daarmee een belangrijke les. Het aantrekken en behouden van medewerkers is een grote uitdaging die de sector bezighoudt. Er is al jaren een nijpend tekort aan medewerkers in de gehandicaptenzorg. In totaal gaat het om een tekort aan ongeveer 5.500 medewerkers, waarvan er zo'n 2.000 nodig zijn voor de complexe zorg (VGN, n.d.). Het lijkt geen twijfel dat personele uitdagingen een bedreiging kunnen vormen voor het goed invulling kunnen geven aan de bouwstenen van het kwaliteitskader. Want, hoe organiseer je teamreflectie als je überhaupt moeite hebt om een team te kunnen vormen of wanneer teams continu wijzigen van samenstelling?

De volgende aandachtspunten zijn daarom in onze optiek belangrijk in de aanpak van deze problematiek. Daarbij moet uitdrukkelijk worden gesteld dat deze aandachtspunten zeker geen panacee vormen. Fundamentele problemen zoals de krapte op de arbeidsmarkt, de ervaren werkdruk en de salariëring blijven onverminderd punten van aandacht. Onze aandachtspunten zijn gericht op het verlichten van de druk.

Ten eerste is opvallend is wel dat de ervaringen van de aanbieders uiteenlopen als het gaat om het werven en behouden van medewerkers. Verschillende aanbieders geven aan dat het werven en behouden van personeel een complexe opgave is die hen dagelijks bezighoudt – er is simpelweg te weinig gekwalificeerd personeel. Anderen geven met een lichte trots aan dat begeleiders graag bij hen komen en blijven werken omdat de professionals de ruimte krijgen het werk naar eigen inzicht vorm te geven. De organisaties die aangeven geen moeite te hebben met het vinden (en vooral behouden) van medewerkers zijn veelal de kleinere ‘eigenwijze’ organisaties die door ‘creative mediation’¹⁶ (Gleeson en Knights, 2006) erin slagen om hun professionals op de werkvloer ruimte te geven in de uitvoering van hun werk. Een eerste aandachtspunt is daarmee de zeggenschap over de uitvoering van het werk, welke wordt geassocieerd met werkplezier, en dus behoud van medewerkers (Van Gestel, Kuiper, en Hendriks, 2020).

Het werken in deze sector is complex door de grote diversiteit in cliëntgroepen, met vaak meervoudige problematiek. Om goed invulling te kunnen geven aan dit complexe werk is zeggenschap over het eigen werk van belang. De ruimte die medewerkers ervaren om invulling te geven aan hun werkzaamheden en om te kunnen gaan met dilemma’s en spanningen is van groot belang om het werk goed vorm te kunnen geven. Dit betekent overigens niet dat het gaat om het individueel vormgeven hieraan. We denken juist aan het samen met collega’s werken aan deze dilemma’s en spanningen, zogenaamd ‘collectief vakmanschap’, waarbij de professionals met en van elkaar leren. Om dit goed vorm te geven zijn reflectiecompetenties nodig en is het belangrijk teams blijvend te ondersteunen door bijvoorbeeld de inzet van een gedragskundige. Daarnaast is het schetsen van een realistisch beeld voor nieuwe medewerkers van belang. Het werk in de sector is niet altijd mooi, en op sommige momenten ronduit zwaar. Een te rooskleurig beeld bij de start, kan ertoe leiden dat mensen eerder afhaken omdat de (soms harde) realiteit niet congruent is met hun verwachtingen.

Een aanbeveling die verder reikt dat dit onderzoek, maar we toch graag benoemen, betreft een verkenning van de houdbaarheid van het huidige opleidingsstelsel binnen de sector. Enerzijds lijkt er geregeld een nadruk te liggen op de ‘niveaus’ van de verschillende medewerkers, vertaald in ‘cijfers’ (*“Een plan schrijven is niet iets wat een niveau 3 mag doen”*), een manier van spreken die de verbinding in teams niet ten goede komt. Tegelijkertijd worden medewerkers opgeleid voor een baan in de sector ‘in de breedte’, terwijl men zich uiteindelijk toerust op het werken met zeer

¹⁶ ‘creative mediation’ wordt gezien als een strategie waarbij organisaties in staat zijn om beleidsmaatregelen creatief te benaderen en om te buigen, als alternatief voor het lijdzaam accepteren van of verzetten tegen dergelijke afspraken.

specifieke groepen. Een eerdere differentiatie kan mogelijk behulpzaam zijn in het creëren van meer toewijding en professionaliteit.

6.2.4. Beschouw 'ruimte organiseren' als een continue taak

In dit onderzoek hebben we geleerd dat verschillende organisaties goed in staat zijn om de ruimte die het kader biedt te benutten. Desalniettemin ligt het risico op de loer dat het systeem zich na verloop van tijd weer meer sluit, bijvoorbeeld wanneer incidenten zich voordoen. Nieuwe regels worden dan aangewend om controle te krijgen op de praktijk (Robben et al., 2012). En deze nieuwe regels vormen weer aanleiding tot ervaren druk. Kortom, eenmaal gecreëerde ruimte blijkt geen verworven recht, maar iets wat continu onderhouden dient te worden. Hierbij zijn zogenoemde 'quality rebels' van belang. Bal, Weggelaar en Wallenburg (2018, p.13) beschrijven deze 'rebellens' als mensen die vooroplopen, die normerend zijn ten aanzien van kwaliteit en daarin een ondersteunende en samenwerkende rol spelen. Deze 'rebellens' kunnen in verschillende functies aangetroffen worden (bijvoorbeeld bestuurder of teamleider). We besteden we hier in paragraaf 6.3 nader aandacht aan.

6.2.3 Schenk aandacht aan nieuwe en kleine organisaties

Tot slot formuleren we de aanbeveling om expliciet aandacht te schenken aan de positie van nieuwe en kleine aanbieders in het veld, een suggestie die niet alleen werd gedeeld door deze aanbieders zelf, maar juist ook door de stakeholders die met hen interacteren zoals zorgkantoren en toezichthouders. Wat betreft nieuwe organisaties is het van belang om hen mee te nemen in de boodschap die het kader uitdraagt en hoe zij er in hun eigen kwaliteitscyclus mee kunnen werken. Daarbij kan ondersteuning vanuit de branchevereniging behulpzaam zijn. Voor kleine aanbieders spelen vergelijkbare uitdagingen. In dergelijke organisaties is vaak één kwaliteitsfunctionaris belast met opstellen van het rapport en de stappen die daarvoor nodig zijn. Hoewel sommigen heel goed in staat zijn daar invulling aan te geven, benadrukken anderen dat er veel van hen gevraagd wordt. Hoewel ook hier weer speelt dat het kader soms dwingender wordt opgevat dan bedoeld, kan het wenselijk zijn om deze aanbieders meer in contact te brengen om samen te zoeken naar manieren die voor hen werkbaar zijn.

6.3 HOE VERDER? ROLLEN & VERANTWOORDELIJKHEDEN

Voorgaande paragrafen bevatten de aanbevelingen die we doen ten behoeve van het kwaliteitskader, en met name het werken daarmee. In deze paragraaf 'hoe verder' gaan we specifiek in op hoe deze aanbevelingen zich vertalen naar concrete acties en aandachtspunten voor de verschillende betrokkenen.

6.3.1 Aanbevelingen voor bestuurders

Bestuurders kunnen nog veel van elkaar leren; de verschillen in de interpretatie van het kader en de gevoelde ruimte daaromheen zijn immers erg groot. We bevelen van harte aan om de externe collegiale consultatie uit te breiden met elkaar bezoeken, met elkaar meelopen in de praktijk (naast

het lezen van elkaars rapport) en daarover met elkaar het gesprek aan te gaan. Juist het verder kijken dan de *‘usual suspects’* is daarbij aan te bevelen.

Ons onderzoek heeft geen aanleiding gegeven om aan te nemen dat financiers of zorgkantoren verlangen naar sterk gekwantificeerde data of zich beoordelend dan wel berispelend opstellen. In tegendeel, kwaliteitsadviseurs van de zorgkantoren voelen zich erg betrokken bij het gesprek over kwaliteitsverbetering en inspecteurs geven aan dat het kader vooral iets *“van de sector zelf is”*. Hoewel sommige bestuurders die ruimte ervaren *of* zelf creëren door (al dan niet samen met hun cliënten) het gesprek aan te gaan met bijvoorbeeld de financier, lijken anderen een niet bestaande realiteit te internaliseren. Zij verwijzen ofwel naar de verplichtingen uit het kader, ofwel naar die gesteld door externe stakeholders. De uitdrukkelijke oproep aan bestuurders is om dialoog te voeren over hoe je nu als bestuurder zinvol kunt werken met het kader – waarbij een deel van de bestuurders zich meer zou kunnen positioneren als ‘rebel’ (volgens 6.2.4.) en een ander deel nog meer zou kunnen delen met anderen hoe zij ruimte maken en vasthouden. Enkele bestuurders zijn (met recht) trots op hetgeen ze hebben weten te bereiken, bijvoorbeeld in de ruimte die ze medewerkers weten te geven en de aantrekkingskracht die dat op (potentiële) medewerkers heeft. Het zou de sector als geheel helpen in de ontwikkeling, wanneer bestuurders bereid zijn om naast de kwetsbaarheden ook hun ‘best principles’ op dit vlak met anderen te delen.

6.3.2 Aanbevelingen voor zorgmedewerkers en teamleiders

De eerste managementlaag (veelal teamleiders) is cruciaal voor het functioneren van medewerkers in de zorg. Het blijkt dat er in de praktijk ook grote verschillen zijn in hoe dit wordt vormgegeven. Het is een rol die een belangrijke functie heeft om medewerkers te helpen werken met de spanningen/complexiteit van de taak, als steun, hulp en luisterend oor. Daarnaast is het een rol die permanente reflectie op kwaliteit van zorg kan stimuleren en bijvoorbeeld teamleden onderling leert in gesprek te zijn over omgaan met cliënten. Uit het onderzoek blijkt dat medewerkers vaak nog niet weten waarom zij nu eigenlijk bepaalde dingen moeten doen en wat precies het nut van reflectie op het eigen werken is. Een teamleider vatte als belangrijkste les krachtig samen: *“Nummer één: aandacht voor bewustwording. Als je bewust bent wat je als medewerker kunt bijdragen aan de cliënt dan ga je je verantwoordelijk voeren.”*

Sommige teamleiders en medewerkers nemen samen de ruimte om actief invulling te geven aan hun rol, ook wanneer de organisatie zich meer controlerend opstelt. Zij varen veelal op hun ervaring en durven zelfverzekerd te zeggen dat zij weten wat het goede is om te doen. Deze ‘kwaliteitsrebellens’ zouden nog meer een voorbeeldfunctie kunnen zijn voor andere, bijvoorbeeld meer onervaren collega’s in het team. Die voorbeeldfunctie richt zich enerzijds op laten zien dat je als medewerker zelf een belangrijke verantwoordelijkheid hebt in het organiseren van ruimte, maar evenzeer in het durven laten zien van kwetsbaarheid en het ‘niet weten’ bespreekbaar maken.

6.3.3 Aanbevelingen voor de IGJ en ZN

Uit de gesprekken met vertegenwoordigers van de IGJ (inspecteurs) en zorgkantoren (kwaliteitsadviseurs) blijkt dat men bereid is tot dialoog en bijvoorbeeld de kwaliteitsrapporten

aanwendt als startpunt voor gesprek. Dit is echter een attitude die zich de afgelopen jaren heeft ontwikkeld van een meer op kosten of indicatoren gerichte benadering, naar een meer kwalitatieve en ondersteunende benadering waarin dialoog als een groot goed wordt gezien. Deze gewijzigde houding is bij veel aanbieders echter nog niet geland, en de associaties met enkel de 'toezichthouder' of 'financier' zijn sterk.

Daarbij komt dat de zorgkantoren voor de aanbieders soms 'twee gezichten' hebben; het gezicht van de kwaliteitsadviseur die ondersteunt in het werken aan kwaliteit, en het gezicht van de financier die de aangeboden zorg vergoedt. Voor de aanbieders zijn deze rollen moeilijk uit elkaar te halen. Voor ZN ligt er dan ook een taak in het verhelderen van de rollen en wat vanuit welke rol gevraagd wordt. Tevens ervaren aanbieders nog geregeld dat zorgkantoren informatie verlangen bovenop de aangeleverde informatie in het kwaliteitsrapport. In de dialoog met aanbieders kunnen vertegenwoordigers van de zorgkantoren nog meer inzetten op het kwaliteitsrapport als startpunt van gesprek. Gezegd werd: *"Voor zorgkantoren doe je dubbelwerk, om te voldoen aan verantwoording. Het zou behulpzaam zijn als de zorgkantoren het kwaliteitskader in hun eigen beleid toepassen."*

Inspecteurs benadrukken dat het kwaliteitskader in de eerste plaats het normenkader van de sector zelf is. Hoewel de inspectie verantwoordelijk is voor het toezien op de kwaliteit als onafhankelijke partij, kan een grotere betrokkenheid bij de dialoog over het kader van belang zijn om te achterhalen wat de inspectie belangrijk vindt in het kwaliteitskader ten behoeve van het goed kunnen uitvoeren van hun taak. De taak die de inspectie heeft in het onderzoeken van incidenten staat nu voor veel aanbieders vooraan in de beelden over de inspectie. Het voeren van de onderzoekende dialoog met de inspectie gericht op het breder leren ten behoeve van de kwaliteit van zorg is dan ook van belang voor aanbieders. Zo kunnen zij verder komen dan incidentmanagement en kan onnodige regeldruk eerder voorkomen worden.

6.3.4 Aanbevelingen voor de VGN

Voor de brancheorganisatie zien we een belangrijke faciliterende en ondersteunende rol weggelegd. Enerzijds ligt er een belangrijke taak in het nog beter uitdragen van de bedoeling van het kwaliteitskader (bijvoorbeeld middels eigen communicatie), anderzijds is deze taak vooral belegd in het faciliteren van de dialoog tussen de stakeholders in de sector (zie 6.2.1 voor een toelichting op deze les). Ook de gesprekspartners zien deze rol voor de VGN als zeer gewenst: *"Zorg dat je ook als VGN probeert te zoeken naar de ruimte. Wat hebben financiers echt nodig? Luister ook naar wat het belang is achter het beleid. Hoe kunnen we het samen goed regelen voor de cliënt; bestuur, medewerkers, zorgkantoren."*

Het kader biedt krachtige handvatten om te werken aan kwaliteit en het zicht daarop te vergroten, maar dit potentieel wordt nog overschaduwd door de veelheid aan kaders en certificeringen die de sector rijk is. Naast het kader, werken veel aanbieders met andere kwaliteitseisen (gelinkt aan Wmo of pgb), certificeringen en MediQuest vragenlijsten. *In the end* zijn aanbieders alsnog veel kostbare tijd met het invullen van lijsten en het voldoen aan verschillende, soms deels overlappende eisen. Het werken volgens de basisprincipes van het kader lijken breder toepasbaar dan enkel op de zorg

geleverd onder de Wlz, en zou daarmee voor organisaties meer duidelijkheid en minder werkdruk kunnen bieden. Het zou voor aanbieders dan ook zeer behulpzaam zijn als het kader ook de centrale leidraad wordt voor andere partijen die vragen om kwaliteitscriteria. VGN kan een centrale rol vervullen in het voeren van dit gesprek met bijvoorbeeld gemeenten.

6.4. TOT SLOT: SAMEN VOOR SECTORONTWIKKELING

In deze rapportage hebben wij de werking van het kwaliteitskader 2017-2022 geëvalueerd. Door in gesprek te gaan met betrokkenen uit verschillende lagen en systemen hebben we inzicht gekregen in wat er goed gaat en wat er beter kan. Aan de hand daarvan hebben we aanbevelingen kunnen doen voor de doorontwikkeling van het kwaliteitskader. De evaluatie heeft veel passie en betrokkenheid laten zien, bij alle stakeholders. Het kader biedt goede aanknopingspunten om te werken aan kwaliteit en zicht te krijgen op kwaliteit, zelfs als dat voor ieder wat anders betekent. Tegelijkertijd legt dit rapport aandachtspunten en worstelingen bloot. De kern van ons betoog is dat die worstelingen niet zo zeer ‘oplosbaar’ zijn, maar wel bespreekbaar en daarmee werkbaar. *Samen* sijpelt door in al onze adviezen; leren is geen individuele aangelegenheid, en frequente dialoog tussen aanbieders, cliëntorganisaties, zorgkantoren en IGJ (gefaciliteerd door VGN) kan helpen te werken aan zorg die ‘goed genoeg’ is. Een veel gehoorde opmerking is dat het kader nog te veel gericht is op terugkijken, met de titel van dit rapport benadrukken we het belang van de blik op de toekomst.

“Samen voor sectorontwikkeling”. De sector staat samen voor een uitdaging, maar gaat er ook samen voor! Waar ‘kader’ associaties oproept met het inkaderen van ruimte en diversiteit, benadrukt deze titel de aanbeveling om de dialoog met elkaar te blijven voeren en van elkaar te blijven leren.

Bijlagen

1. ONDERZOEKSOPZET

Het onderzoek is vorm gegeven aan de hand van de onderstaande vier fasen.

Fase 1: Oriëntatie

In deze fase zijn de volgende stappen genomen:

- A. **Documentenanalyse** – We zijn gestart met het bestuderen van de relevante (beleids)documentatie over het kwaliteitskader, om zicht te krijgen op de voorgeschiedenis ervan, wat bekend is over gemaakte stappen en mogelijke uitdagingen.
- B. **Oriënterende gesprekken** – We voerden vervolgens een zestal oriënterende gesprekken met de opdrachtgever en met direct betrokkenen. Daarbij is gesproken met vertegenwoordiger(s) van de landelijke Stuurgroep Kwaliteitskader, Kansplus, ZN en de IGJ. De gesprekken hadden tot doel het zicht te vergroten op de werking van het kwaliteitskader vanuit het oogpunt van deze stakeholders en op eventuele aandachtspunten voor het onderzoek.
- C. **Vorbereiding stap 2** – Op basis van de documenten en gesprekken en in overleg met de opdrachtgever is een voorstel gedaan voor een selectie van te betrekken zorgorganisaties ten behoeve van stap 2 van de lerende evaluatie. Daarbij is rekening gehouden met spreiding in grootte, cliëntengroepen en regio. Ook is een organisatie betrokken die proeftuin was.

Fase 2: Observatie en reflectie

Bij de geselecteerde organisaties hebben we telkens de onderstaande vier sub stappen genomen. Hoewel we voornemens waren de organisaties fysiek te bezoeken is dat uiteindelijk maar bij één organisatie gelukt. Als gevolg van de coronapandemie was het namelijk niet mogelijk de andere organisaties te bezoeken. Al deze gesprekken en dialogen hebben daarom digitaal via MS Teams plaatsgevonden.

- a. **Analyse kwaliteitsrapporten en visitatierapporten** – Voorafgaand aan de gesprekken hebben we de beschikbare kwaliteitsrapporten bekeken.

- b. **Oriënterend gesprek** – Vervolgens hebben we een oriënterend gesprek gevoerd met de staffunctionaris kwaliteit en/of een bestuurder. Doel hiervan was beter zicht te krijgen op het reilen en zeilen binnen de organisatie als het gaat om het kwaliteitskader. Ook had dit gesprek tot doel de vier dialogen te organiseren zoals beschreven in de volgende deelstap (2c)
- c. **In dialoog met medewerkers, cliënten en verwanten en bestuur en staf** - Als volgende stap hebben we op één dag drie groepsdialogen gevoerd met achtereenvolgens medewerkers en teamleiders, cliënten en verwanten en bestuur en staf. Het betroffen gesprekken van 2 uur waarin gesproken is over de beelden van kwaliteit van zorg, over de ervaringen met de vier bouwstenen en over lessen voor de doorontwikkeling van het kwaliteitskader.
- d. Ongeveer een week later spraken we in een **gezamenlijke dialoog** met alle deelnemers aan de voorgaande drie dialogen. Daarin hebben we om te beginnen bevindingen op hoofdlijnen van dag één met hen gedeeld en gevraagd hierop te reflecteren. Ook is gevraagd aanvullingen en nadere duidingen te geven.

Fase 3: Werkconferenties met stakeholders – Na de organisatiebezoeken is een zevental werkconferenties georganiseerd. Doel hiervan was om met de verschillende stakeholders te reflecteren op de tussentijdse bevindingen en met hen verder na te denken over de doorontwikkeling van het kwaliteitskader. Het ging om de onderstaande werkconferenties:

1. Zorgmedewerkers en teamleiders van verschillende zorgorganisaties, anders dan de bezochte instellingen (16 deelnemers)
2. Cliënten en verwanten van verschillende zorgorganisaties, anders dan de bezochte instellingen (29 deelnemers)
3. Bestuurders en staffunctionarissen van verschillende zorgorganisaties, anders dan de bezochte instellingen (2 werkconferenties met respectievelijk 31 en 30 deelnemers)
4. Kwaliteitsadviseurs Zorgkantoren (6 deelnemers)
5. Inspecteurs IGJ (13 deelnemers)
6. Bestuurders en kwaliteitsfunctionarissen bezochte instellingen in combinatie met de leden van de landelijke stuurgroep kwaliteitskader gehandicaptenzorg (19 deelnemers)

Aan de hand van de stappen 2 en 3 hebben we deze lerende evaluatie ook tot een leerproces gemaakt. We hebben bewust '*learning loops*' gecreëerd, waarbij we verschillende partijen hebben betrokken in onze interpretaties, ideeën en adviezen. Aan de hand hiervan zijn de bevindingen aangevuld en aangescherpt. Vervolgens zijn de aangescherpte bevindingen weer voorgelegd in een volgende werkconferentie. In de werkconferenties gebruiken we verschillende werkvormen om brede participatie te bevorderen.

Fase 4: Analyse en rapportage

In fase 4 hebben de opgehaalde bevindingen geanalyseerd met behulp van het programma Nvivo12pro. Hiermee zijn de gespreksverslagen gecodeerd gebruik makend van een reeks opgestelde kernconcepten (bouwstenen) en van meer open codes. Op deze wijze is geanalyseerd welke thema's en lessen naar voren kwamen. Deze thema's en lessen zijn neergelegd in deze rapportage.

Afstemming met begeleidingscommissie en opdrachtgever – Tussendoor heeft op diverse momenten afstemming plaatsgevonden met onze contactpersoon bij de opdrachtgever en is een drietal bijeenkomsten belegd met de begeleidingscommissie om de voortgang te bespreken en onze werkwijze te bespreken en tussentijdse reflecties daarop mee te nemen. Het conceptrapport is besproken met de begeleidingscommissie.

2. LESSEN VOOR HET KWALITEITSKADER: EEN OVERZICHT

In de verschillende dialogen en werkconferenties is uitvoerig gesproken over de toekomst van het kwaliteitskader. Veel betrokkenen (van cliënten tot begeleiders, tot bestuurders, en tot kwaliteitsfunctionarissen van zorgkantoren) waren bereid om vanuit hun perspectief lessen met ons te delen ten behoeve van de doorontwikkeling van het kwaliteitskader. In hoofdstuk 6 van dit rapport geven we onze aanbevelingen die voortkomen uit de analyse (hoofdstukken 4 en 5) alsmede de voornaamste suggesties van deelnemers. Aangezien zo veel tips en suggesties met ons zijn gedeeld, hebben we besloten om naast de geaggregeerde lessen in hoofdstuk 6 in deze bijlage een overzicht te bieden van de lessen. Dit zijn met nadruk de lessen van deelnemers zoals met ons gedeeld. De lessen zijn georganiseerd per bouwsteen, en vervolgens worden alle overige lessen opgesomd, met implicaties voor de verschillende rollen. De lessen worden zo veel mogelijk geïllustreerd door middel van de letterlijke citaten van de deelnemers.

Bouwsteen 1: Het zorgproces rondom de individuele cliënt

- Meer aandacht voor bouwsteen 1;

"Ik ervaar Bouwsteen 1 als onderbelicht. Ik weet niet zo goed hoe dat beter kan maar door het jaar heen wordt er veel gesproken over de ander bouwstenen maar eigenlijk gaat het werk om bouwsteen 1 en daar gaat de minste aandacht naar uit."

Bouwsteen 2: Onderzoek naar cliëntervaringen

- Vrije keuze in een instrument voor cliënttevredenheidsonderzoek;

"Kiezen van eigen client tevredenheidsinstrument (CTO) instrument en stoppen met de waaier."

- Aandacht voor medewerkers in het uitvoeren van cliënttevredenheidsonderzoek (cliënttevredenheidsonderzoek is nog veel 'het afnemen van vragenlijsten');

"Wij gebruiken 'Dit vind ik ervan' als CTO en lopen er tegenaan dat er constant scholing bij nodig is en de inzichten zijn heel lastig te comprimeren concern breed. Het heeft ons tot nu toe enorm veel gekost. We hebben er zelfs 'banen' door gecreëerd; trainers en coaches."

- Meer aandacht voor wat je als organisatie uit cliënttevredenheidsonderzoek kunt halen; wat levert het op?

- Als onderwerp van gesprek: de frequentie van cliënttevredenheidsonderzoek en de lengte van het gesprek c.q. de vragenlijst

Bouwsteen 3: Zelfreflectie in teams

- Een meer prominente rol voor teamreflectie.
- Bredere thema's voor teamreflectie waardoor meer aandacht komt voor de bedoeling, en minder voor het 'middel';

"Teamreflectie: de doelen mogen wat breder. Laat het niet teveel een keurslijf zijn. Laten we kijken vanuit de bedoeling."

- Meer ruimte en aandacht voor het leren van en met elkaar. De invulling van de teamreflectie is nog erg zoeken, en aanbieders zijn geneigd het wiel opnieuw uit te vinden;

"Het is zoeken naar de goede manier. Mogelijk door te koppelen aan intervisie of scholingswens. Nu is de teamreflectie vaak te procesmatig op het team gericht"

- Meer toekomstgericht door ook in de gehanteerde terminologie de nadruk te leggen op ontwikkeling;

"Teamreflectie, maar het is meer teamontwikkeling. Teamontwikkeling is meer toekomstgerichte term. Reflectie is toch meer terugkijken."

Bouwsteen 4a: Kwaliteitsrapport

- Creëer een werkbare (twee óf driejarige) cyclus;

"We zijn het hele jaar bezig met kwaliteit, dus of we dan 1 juni of maand eerder of later dat opleveren, dat maakt niet uit. Iedereen die hier zit werkt elke dag met het kader. Met het kader lijkt alsof je iets extra's of nieuws moet doen."

"We kijken hoe gaat het nu en wat kan er beter i.p.v. terugkijken. Er worden al kwartaalrapportages gemaakt, die zijn actueler dan kwaliteitsrapport"

"Stoppen met elk jaar rapport opleveren. Je kan zo niet goed verdiepen op de bedoeling. Meer aandacht voor leren en verbeteren"

"Moet je dan nog wel zo'n jaarlijks verslag maken? Wat is de toegevoegde waarde?"

Cyclus van een jaar is vrij kort. Te kort tijd om die doelen ook te bewerkstelligen in een jaar. Daardoor hebben ze het idee dat ze ook ieder jaar iets nieuws moeten neerzetten. Dus beter korte update en om de zoveel jaar langer rapport."

"Voorstel aan aanbieders: speerpunten op lange termijn. Eens in de drie jaar een rapport en elk jaar een korte update"

- Als onderwerp van gesprek; een aparte cliëntenversie, of niet?;

“Cliëntenversie? Ook voor de zorgkantoren is geen wollige versie nodig. De cliëntenversie zou de versie voor iedereen moeten zijn. Het rapport ‘moet van de inspectie’ maar het blijft veelal onduidelijk wat er nu precies mee gebeurt. Het kwaliteitsrapport gaat veelal over wat er gebeurd is. Die historie is belangrijk, maar de toekomstvisie blijft vaak onderbelicht. Het rapport is vaak een ‘mooi verhaal’.”

“De cliëntenversie verhoudt zich niet tot verantwoording. Pleidooi om niet aan te bevelen dat er maar één versie moet komen van het kwaliteitsrapport rapport.”

- Maak het kwaliteitsrapport een aantrekkelijk en toegankelijk document;

“Zo compact mogelijk en zo leesbaar mogelijk te houden. Durf te kiezen en maak een kort verslag. Doe extra info in de bijlage.”

- Rapporteer transparant over de PDCA-cyclus;

“PDCA-cyclus Moet verplicht onderdeel worden. Soms moet je ontwikkelpunten tussen de regels doorlezen, soms hebben ze het er niet in staan, soms hebben de aanbieders er zelf totaal geen zicht op. Vaak ook onduidelijk wanneer ze vinden dat een doel behaald is.”

“Leercyclus vaak onduidelijk in het rapport. Soms wordt het ook op een bepaalde manier verpakt. Maakt het lastig dat het rapport een openbaar document is. Als je het uitsmeert over alle tekst, dan is het vager en abstracter. En ook makkelijker om niet op doelen terug te komen.”

“Laat zien waarom je je doel niet hebt gehaald en wat je eraan gaat doen. Er kunnen tig redenen zijn. We willen geen sfeer hebben die erop afgerekend worden als ze doelen niet hebben gehaald.”

- Laat ook de goede voorbeelden zien;

“Soms zijn aanbieders ook te bescheiden. Goede voorbeelden zijn ook interessant.”

Bouwsteen 4b: Externe visitatie

- Verhelder het doel van de visitatie en geef houvast;

“Visitatie: ondergeschoven kindje. Iets zeggen over de vormgeven en wat er wordt verwacht wordt.”

“Doel visitatie moet meer duidelijk: Je hoeft er geen angst voor te hebben voor de concurrentie, is voor je eigen organisatie en voor hun cliënten. Wat kunnen ze er zelf uithalen? Het idee hebben dat ze moeten verantwoorden, terwijl de insteek is: leren, verbeteren en ontwikkelen. Doe het voor je eigen organisatie!”

- Organiseer visitatie breder (door lagen heen en met andere organisaties);

“Aanbeveling externe visitatie: vorm en niveau van externe visitatie vrijgeven. MT doet het vooral, maar ook op de werkvloer zinvol”

“Veel organisaties kiezen voor een soortgelijke organisatie in de buurt, hoewel je ook zou kunnen denken aan een bedrijf in een andere sector. Zoals Efteling voor service gerichtheid”

Overige lessen t.a.v. werken met het kwaliteitskader

- Een kader wat werkbaar is voor medewerkers;

“Vanuit de basis een vertaalslag voor de medewerkers op de werkvloer. Echt een soort behapbaar kort kwaliteitskader die leuk en aantrekkelijk is waarin staat waarom het kader er is. Volgens mij moet je daar beginnen.”

- Aandachtspunt: het kwaliteitskader binnen een context van meerdere verantwoordingskaders;

“Zeker grote organisaties die verschillende vormen van zorg/ondersteuning aanbieden lopen tegen verschillende verantwoordingskaders aan (zie hierboven, ISO, HKZ). Het wordt dan een opeenstapeling van verantwoording.”

- Aandacht voor kleine aanbieders ;

“Alles wat niet met zorg te maken heeft, komt bij die ene kwaliteitsmedewerker terecht. Maak een proces: hoe stel je het op? wat moet er in? Voor een kleine organisatie is het rapport een groot ding.”

“Soms is het niet in het rapport gezet, maar is het wel goed in de praktijk. Kleinere aanbieders hebben niet de middelen om een extern bureau in te zetten voor het kwaliteitsrapport. Je moet de aanbieders dus echt spreken om te zien of ze er goed mee bezig zijn. Aan de andere kant zie je ook ‘flashy’ rapporten die weinig zeggen over kwaliteit.”

“Is dit ook haalbaar voor kleinere organisaties?”

Grote aanbieders hebben het vaak beter voor elkaar. Die nodigen ons [Zorgkantoor] uit samen met OR, medezeggenschap. Kleinere aanbieders vinden dit lastiger.

“Helpt ook voor kleine aanbieders als er een voorbeeld format [voor het kwaliteitsrapport] zou zijn en vanuit daar kunnen werken.”

- Aandacht voor medewerkers;

“Genoeg personeel en goede personeelswerving. Niet alleen de leuke kant maar ook de andere kanten laten zien. Wat maakt de zorg leuk en als het niet leuk is, hoe zorg je dat je het leuk maakt?”

Hoe toekomstgericht zijn we binnen het kwaliteitskader; als het gaat over kwaliteit van zorg in de toekomst. Er wordt veel gesproken; moeilijk om in de toekomst personeel te krijgen. Veel verloop in de teams. Steeds meer mensen blijven korter bij [aanbieder] werken, dan voel je een discontinuïteit. Hoe serieus wordt dit genomen als we denken aan de toekomst?”

“Teamstabiliteit blijft een belangrijk aandachtspunt. Er zijn veel wisselingen wat continuïteit ernstig bemoeilijkt.”

“Eerlijke verhaal als je wilt dat iemand blijft werken”

- Aandacht voor jobcoaches in het begeleiden naar een passende werk/leerplek;

“Functie van jobcoach groter maken. Soms is de baan geschikt is voor de cliënt, maar de maatschappij is er niet klaar voor.”

“Kijken naar wat werkgevers belangrijk vinden. Waarom willen ze medewerkers die verder van de maatschappij wel/niet aannemen. Dus in gesprek gaan.”

- Vergroot het bewustzijn van (het belang van) medezeggenschap;

“Er zijn allemaal formele medezeggenschapsstructuren, maar veel cliënten weten helemaal niet hoe medezeggenschap werkt. Veel onbekendheid/onwetendheid In huiskameroverleggen meer aandacht voor medezeggenschap.”

“Iedereen mag meepraten in de cliëntenraad. Niet paar gekozen mensen. Open cliëntenraad. Dat zou veel meer moeten toegepast worden.”

- Bevestiging en continuering van kader;

“Kader is werkbaar omdat het is zoals ze het doen”

“Ik voel alle vrijheid, feest van herkenning: staat op papier zoals ik dat doe.”

“Ik denk dat het onze manier van zorgverlening niet veranderd heeft. We zijn al 20 jaar stabiel bezig met onze visie. Niet veranderd door ontwikkelingen in Sociaal Domein of het Kader. Als je het vergelijkt met andere kaders die veel normatiever zijn (val protocollen in ouderenzorg) in dat opzicht biedt dit Kader wel echt ruimte om het op onze manier te blijven doen. Kader was niet nodig om onze kwaliteit te verbeteren.”

“Het Kwaliteitskader heeft lucht gegeven en is geen knelkorset. Geen moeite gedaan om eraan te voldoen. Het helpt in overleg naar zorgkantoren. Ik ben tevreden over het kader.”

- Dichtbij de bedoeling blijven;

“Dicht blijven bij oorspronkelijke bedoeling.”

“Dialogoog blijven voeren”

“Niet bang zijn voor verandering. Ideeën komen dan niet tot stand door bureaucratie.”

- Leren, communiceren en verbinden in organisaties

“Van bovenaf meer hun gezicht laten zien.”

“Nauw contact met management.”

“Uit mijn rol (als teamleider) moet kwaliteit vast op de agenda, om het te bespreken met het team. Niet vergaderen om het vergaderen, gaat om de afstemming en iedereen erbij te betrekken.”

“Communicatie was sowieso wel een onderwerp. Goede communicatie helpt om doelen te bereiken.”

“Minder in hokjes denken. we denken in: rollen, niveaus, taakpakketten. Ik zou wat meer overlappings willen zien. Niveau 3 die geen zorgplannen kan schrijven. Niveau 2 die geen medicatie mag geven. We beginnen ons al met voorstellen in bepaalde rol in plaats van iedereen voor dezelfde kwaliteit. Iets meer naar elkaars kwaliteit kijken, kijken waar we kunnen samenwerken.”

Er moet meer aandacht komen voor 'het gesprek'. Daarbij wordt benoemd dat het belangrijk is om met verschillende mensen in de organisatie het gesprek aan te gaan, en bv niet alleen de eigen afdeling. *"Nu ligt er weer zo'n rapport, maar wat kan ik daarmee?" Het belang van luisteren wordt benadrukt, maar het gaat erom wat er vervolgens gebeurt; "Ik heb je gehoord, maar ik heb geen tijd" vs. "Ik heb je gehoord en we gaan het zo en zo oppakken"*

Vaak mist nog de terugkoppeling. De wens (cliënten) is dat expliciet wordt gemaakt: 1. wat er is besproken, 2. wat de acties zijn en 3. wanneer je erop terug komt.

● Zoek constant naar de balans tussen richting en ruimte

"Het is net zo zeer een keurslijf als je het zelf benadert. Hoeveel ruimte is daarin? Hoe laat je je in dat keurslijf zetten en hoe voel je vanuit je professie. Hoe verhouden we ons daartoe?"

"Balans nodig tussen ruimte en richting."

"Het is van belang om niet dicht te timmeren, maar tegelijk is meer richting gewenst. Het gaat er vooral om dat de sector als geheel daar het gesprek over voert. Zolang de sector zelf middels dialoog invulling kan geven aan 'kwaliteit', worden normen en eisen niet door anderen ingevuld."

"Minder regelwerk, zou je meer tijd over hebben."

"Oké als organisaties invulling hebben, maar wel behoefte voor basisregels. Die geven veiligheid. Wat zijn voldoende regels waardoor mensen duidelijkheid kunnen krijgen en wanneer zijn er teveel regels? Lastige balans."

"Kwaliteitskader zoals het nu is vormgegeven is beter. Geeft ruimte, maar ook kaders. Dus daar tevreden over."

"Tegenstrijdig: als je de eerste delen van het kwaliteitsrapport leest heb je volledige vrijheid, maar als je de vierde bouwsteen leest dan staat er: "Voor externen hebben we een aantal vaste thema's". Dat kan nooit de bedoeling zijn."

Op dit moment is er al veel ruimte in vorm van rapport vind ik. Dat maakt het soms ook wel lastig. je wilt compleet zijn en ook beknopt."

"Koester je grijze gebied. Wees niet bang dat mensen misbruik maken van vrijheid, maar maakt ze juist extra verantwoordelijk en geef vertrouwen."

"Bied voldoende kader en ruimte om te doen wat de bedoeling is volgens het kwaliteitskader."

● Benut technologische ontwikkelingen

"Meer moderne communicatiemiddelen inzetten als YouTube gebruiken. YouTube binnen [aanbieder] nog niet veel gebruikt. Jaarverslag kan zo duidelijk worden voor cliënten."

"Hoe serieus pakken we technologische ontwikkelingen aan in het licht van deze ontwikkelingen (zelfredzaamheid vergroten). Robotisering; Wat kunnen robots betekenen? Er is zorg of we dit wel voldoende op de toekomst gericht hebben; problematiek die niet ver van ons aflight."

Er wordt opgemerkt dat de rol van technologie nog erg onderbelicht is; zowel in het kwaliteitskader als in het gesprek. Technologie speelt echter een steeds belangrijke rol en kan op verschillende manieren bijdragen aan kwaliteit (of tegen werken).

“Zoeken naar innovatieve toepassingen die al ergens in gebruik zijn. Die kunnen ondersteunen. Die moet het werk van de medewerkers vergemakkelijken.”

● Geef het tijd

“Als er iets mis gaat is er een over reactie. Laten we dit systeem nou eens tien jaar handhaven. En de perverse effecten monitoren een aanpakken. En niet weer over gaan naar een ander systeem. Kleine evolutionaire stapjes. Geen revolutie.”

“Organisch ontwikkelen.”

“Incrementele stapjes”

“Meer op de verbetering en minder dan ‘het moet in een jaar’.”

Over rollen en verantwoordelijkheden; wie moet wat?

Lessen en aandachtspunten voor bestuurders en managers

“Het begint bij de bestuurders zelf. Er ligt veel vrijheid bij de bestuurders zelf. Medewerkers moeten de ruimte en vertrouwen krijgen, ze hebben een opleiding afgerond, je werkt met professionals. Dus je moet erop vertrouwen”

“Aandacht voor bewustwording. Als je bewust bent wat je als medewerker kunt bijdragen aan de cliënt dan ga je je verantwoordelijk voelen. Vanuit management mag daar best strakker op gezeten worden.”

Lessen en aandachtspunten voor cliëntbegeleiders en teamleiders

“We hebben regelmatig team bijeenkomsten over hoe je je rol vormgeeft. Coaching van het team is een groot verbeterpunt. Zijn we nu mee bezig. Samen verantwoordelijk voor het plan.”

“Verandering is moeilijk. Veel bestaande routines en bang voor fouten. De rol van de teamleider is heel belangrijk. Als die uitlegt wat anders kan/moet en anderen daarin meeneemt, pas dan verandert er iets.”

“Het is belangrijk als team dat je weet waarvoor je het doet.”

“Als de teamleider het niet interessant vindt, dan gaat de rest van het team er ook niks mee doen. Het leeft te weinig, omdat het een afvink methode bij geworden. Medewerkers moeten kennis hebben over waarom het kader er is en wat de cliënt eraan heeft.”

“Teamleider hoort het vanuit sectoroverleg. Dus teamleider is op de hoogte, maar moet het overbrengen op het team. Er wordt wel gezocht naar systemen. Het moet blijven beklijven en het gevoel van “moeten”, moet eraf.”

“Zou meer moeten landen op de werkvloer zelf. Je hebt niet altijd medewerkers van de werkvloer aan tafel zitten. Dat zie je dan wel bij locatiebezoeken, dat medewerkers niet echt op de hoogte zijn.”

Lessen en aandachtspunten voor de VGN

“De vraag komt op of het kader nu wel voldoende waarde heeft, zeker i.r.t. andere kaders. Gemeenten bijvoorbeeld vragen nog steeds veel naar andere kaders. Bij verantwoording gaat het ook snel om ICO of HKZ certificering die wordt gevraagd. Het zou relevant zijn om meer zwaarte aan het kader toe te kennen zodat ook andere partijen het serieus nemen. VGN heeft rol in het voeren van dit gesprek met gemeenten.”

“Ook ruimte bewaken is mede een rol van VGN.”

“Nadruk op reflecteren, meer sturing en ondersteuning. Zowel in het kwaliteitskader en vanuit VGN.”

“Zorg dat je ook voor VGN probeert te zoeken naar de ruimte. Wat heb je echt nodig als financiers. Luister ook even naar wat het belang is achter het beleid. Hoe kunnen we samen oplossen voor de cliënt. Samenwerken: bestuur, medewerkers, zorgkantoren.”

Lessen en aandachtspunten voor Zorgkantoren en de IGJ

“Verschillende rollen als kwaliteitsadviseur en financier van zorgkantoren soms lastig, die rollen voor zorgkantoren soms moeilijk uit elkaar te halen”

Het zou behulpzaam zijn als de zorgkantoren het kwaliteitskader in hun eigen beleid toepassen. Zorgkantoren zijn wel opnieuw aan het uitvinden. Voor zorgkantoren doe je dubbelwerk, om te voldoen aan verantwoording.”

Geld zou meer volgend moeten zijn. Het was geld gestuurd i.p.v. wat is het probleem en hoe kunnen we dat oplossen?

3. BEGELEIDINGSCOMMISSIE

Naam	Organisatie	Functie
Pauline Meurs (voorzitter begeleidingscommissie)	Erasmus School of Health Policy & Management, Erasmus Universiteit Rotterdam	hoogleraar Health Care Governance
Martin Boekholdt	Zelfstandige	Bestuurder en toezichthouder, voormalig voorzitter Stuurgroep Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg
Roland Bal	Erasmus School of Health Policy & Management, Erasmus Universiteit Rotterdam	hoogleraar Health Care Governance
Chris Kuiper	Universiteit van Amsterdam	Bijzonder hoogleraar Intergenerationele overdracht van risico- en beschermende factoren in de opvoeding van jeugdigen
Julianne Meijers	Siza	Voorzitter raad van bestuur
Annemarie Peters-Bartraj	Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland	Senior beleidsadviseur kwaliteitskader ghz

4. REFERENTIES

Bal, R., Weggelaar, A. en Wallenburg, I. (2018) *Op zoek naar goede leefsysteem Zorgrebell en het doen van kwaliteit*. Erasmus School of Health Policy and Management. In opdracht van het Consortium Kwaliteit van Zorg van de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) en Zorginstituut Nederland.

Bosman & Vos (2016). Evaluatie van de proeftuinen vernieuwing kwaliteitskader gehandicaptenzorg. in opdracht van de directie Langdurige Zorg van het ministerie van VWS

Bozeman, B. en Anderson, D.M. (2016). Public policy and the origins of bureaucratic red tape: implications of the Stanford yacht scandal. *Administration & Society*, 48:736-759

Federatie Nederlandse van UMC's (n.d.) *Toolbox Sturen op Kwaliteit*.
<https://www.sturenopkwaliteit.nl/>

Gleeson, D., & Knights, D. (2006). Challenging dualism: Public professionalism in 'troubled' times. *Sociology*, 40(2), 277-295.

IGJ (2018). *Vertellen telt! Rapportage over het vernieuwde Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg en het Kwaliteitsrapport 2017-2022*

Landelijke stuurgroep kwaliteitskader gehandicaptenzorg (2017, mei).
Kwaliteitskader gehandicaptenzorg 2017-2022: landelijk kader binnen de Wlz.
<https://www.vgn.nl/system/files/article/file/Kerndocument%2B1.%2BKwaliteitskader%2B2017-2022.pdf>

Lipsky, M. (1980). *Street Level Bureaucracy: Dilemmas of the Individual in Public Services*. New York: Russell Sage Foundation.

Morath, J., & Turnbull, J. E. (2005). *To do no harm: Ensuring patient safety in health care organizations*. San Francisco: Jossey-Bass.

Robben, P., R. Bal and T. van der Grinten (2012). *Overheidstoezicht door de Inspectie van de Gezondheidszorg*. Den Haag, WRR. 62.

Van der Scheer, W., Stoopendaal, A. (2018). *Sectorbeeld Gehandicaptenzorg 'Kleurrijke zorg'*. Erasmus Centrum voor Zorgbestuur, in opdracht van Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland.

Van Gestel, N. Kuiper, M. en Hendriks, W. (2020) *Over zeggenschap gesproken... Verkenning in opdracht van de Minister van Medische Zorg en Sport, in vervolg op het CNO-rapport “Niets over ons, zonder ons”*. Beschikbaar via:

https://www.eerstekamer.nl/overig/20201217/verkenning_in_opdracht_van_de/document

VGN: Landelijke stuurgroep kwaliteitskader gehandicaptenzorg (2017). *Kwaliteitskader gehandicaptenzorg 2017-2022: Landelijk kader binnen de Wlz*

Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland. (2018, 13 december).

Beoordeling waaier cliëntervaringsinstrumenten 2017-2019.

<https://www.vgn.nl/nieuws/beoordeling-waaier-clientervaringsinstrumenten-2017-2019>

Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland. (2020, 10 september). *Update voortgang kwaliteitskader ghz*. <https://www.vgn.nl/nieuws/update-voortgang-kwaliteitskader-ghz>

Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (n.d.) <https://www.vgn.nl/nieuws/zij-instromers-en-stagiairs-de-oplossing-voor-personeelstekort>

Weggeman, M. (2007). *Leidinggeven aan professionals? Niet doen! Over kenniswerkers, vakmanschap en innovatie*. Schiedam: Scriptum